

Allegato 1

Piano Attuativo ASUGI 2025

PREMESSA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) intende proseguire il percorso di integrazione, avviato con l'adozione del nuovo Atto Aziendale nel 2022, in considerazione delle importanti sfide di sviluppo futuro. L'assetto organizzativo aziendale presenta una continua evoluzione volta ad assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure ed una maggiore omogeneizzazione delle procedure e delle modalità operative aziendali, in particolare tra ospedale e territorio.

Prosegue l'avanzamento della programmazione per l'applicazione del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 di adozione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (DM 77). La Regione Friuli Venezia Giulia ha adottato il Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale (D.G.R. 2042 dd. 29/12/2022) e in tale prospettiva di azione e di contesto assume importanza strategica il progressivo sviluppo del sistema di assistenza territoriale secondo le linee strategiche e programmatiche indicate nel rispetto del cronoprogramma ministeriale.

Nel 2025, in attuazione degli indirizzi di programmazione definiti dalla D.G.R. 2052 dd. 30/12/2024, sarà dato ancora grande impegno nel migliorare sotto il punto di vista dell'efficienza i percorsi intra ospedalieri, promuovere le sinergie ospedale-territorio, e garantire servizi territoriali di prossimità che prevenivano il ricorso improprio ai Pronto Soccorsi, riducendo i ricoveri evitabili, anche con il coinvolgimento nell'assistenza territoriale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nelle forme aggregative funzionali.

Il particolare si affronterà il tema del sovraccollimento del Pronto Soccorso incentivando le azioni a supporto del modello di continuità territorio-ospedale-territorio in ottica di sistema con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori coinvolti, anche con il coinvolgimento delle Medicina Generale e dei Servizi Sociali dei Comuni.

Concorre a questa linea la progressiva realizzazione delle COT, quale strumento di regia della transizione tra setting di cura e di assistenza, affinché le persone possano essere prese in carico precocemente, particolarmente per quanto riguarda i soggetti fragili. Più in generale la progressiva applicazione del nuovo modello di assistenza territoriale appena menzionato.

Prosegue inoltre il percorso di attuazione dei cambiamenti previsti dalla Legge regionale n.16/2022 in tema di disabilità, in particolare troverà totale compimento la riorganizzazione aziendale prevista dalla D.G.R. 1690/2023, attraverso un programma graduale e sperimentale come definito nel citato documento "Linee operative finalizzate all'Istituzione e Organizzazione della SOC Disabilità". Inoltre, considerato i termini delle nuove disposizioni normative regionali in materia di disabilità (Legge Regionale 16/2022), che prevedono l'attribuzione di funzioni attualmente in capo ai Servizi Sociali dei Comuni all'Azienda Sanitaria, si rende necessaria una ricognizione e mappatura dei processi e delle funzioni, delle attività e delle responsabilità in essere (oggi in parte in capo agli Ambiti Sociali o a formule consortili) e della progressiva attuazione del nuovo modello organizzativo previsto dall'Atto Aziendale sui temi delle diverse disabilità (motorie, neurosensoriali, cognitive intellettive), con particolare riguardo all'area minori e alla transizione all'età adulta. Un segmento specifico di attività riguarda l'area disabilità cognitive e intellettive dell'adulto e dell'anziano, riconducibile ai disturbi della memoria e alle sindromi dementigene, anche con una riorganizzazione delle attività dei Centri Distrettuali delle Demenze (CDD) in area giuliana e da sviluppare in ambito territoriale nell'area isontina, in quanto garantiti da funzioni ospedaliere.

Sarà necessario offrire il massimo supporto al rafforzamento delle reti cliniche. In particolare ASUGI si impegna a mettere in atto quanto previsto dal nuovo Piano Oncologico regionale.

Tra gli impegni che ASUGI si assume nel 2025 rientra certamente l'attuazione della D.G.R. 1475 del 22.9.2023 di approvazione del "Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2023-2025" e suoi successivi aggiornamenti.

Rimane alta l'attenzione a garantire elevati e appropriati standard di efficienza per l'attuazione dei programmi di screening regionali, in particolare il rispetto dei tempi delle prestazioni di secondo livello, così come i tassi di copertura delle vaccinazioni.

Risulta inoltre di grande importanza il coinvolgimento delle figure professionali dei MMG PLS e SAI nel perseguire i target di salute definiti in sede di programmazione anche a seguito della riorganizzazione in atto a seguito dei regolamenti di funzionamento delle AFT e della loro effettiva integrazione con le attività distrettuali.

Nel dare risposta ai bisogni di salute, in ottemperanza alle indicazioni gestionali ministeriali e regionali, ASUGI ha predisposto un piano attuativo di recupero dei tempi di attesa e dell'offerta di prestazioni necessarie a garantire appieno il diritto alla salute e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (Piano Aziendale per il recupero delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale). Il rispetto dei tempi di attesa nelle prestazioni di ricovero oncologico e non oncologico, di specialistica ambulatoriale, degli screening resta la priorità strategica principale anche per il 2025.

Con riferimento sempre alle liste di attesa, occorre proseguire con il contenimento dei tempi attraverso un miglioramento continuo delle attività e un più razionale utilizzo delle risorse contestualmente all'applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Conseguentemente ASUGI si impegna a garantire maggiore efficienza nella gestione delle sale operatorie e delle risorse ad esse assegnate e in termini di tempistiche di intervento, di programmazione e distribuzione delle sedute operatorie sulla base delle liste di attesa per classe di priorità e per diagnosi, in conformità al Piano Nazionale Gestione Tempi Attesa.

Nel corso del 2025 prosegue la realizzazione degli interventi PNRR compresi nel Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per il Friuli Venezia Giulia sottoscritto dal Presidente della Regione in data 27 maggio 2022 e dal Ministro della Salute in data 30 maggio 2022. Per quanto riguarda gli Interventi edili impiantistici e gli acquisti tecnologici gli investimenti riguardano la Missione salute 6: Case della Comunità e presa in carico della persona, Centrali operative territoriali (COT), il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità), l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature), verso un ospedale sicuro e sostenibile. La Regione FVG con la D.G.R. 1850 del 23 settembre 2023 ha adottato il Piano operativo regionale con cui si intende potenziare e riorientare il SSR per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. La Missione 6 si articola in due Componenti: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale; innovazione, ricerca e digitalizzazione. Prosegue la riqualificazione dell'Ospedale di Cattinara sia in termini di ampliamento che di ristrutturazione.

Negli ultimi anni si è assistito in Regione FVG alla progressiva introduzione di nuovi sistemi informativi gestionali. La corretta alimentazione dei flussi informativi è un elemento essenziale ed imprescindibile per il monitoraggio e la valutazione del sistema del SSR, per consentire a tutti i livelli di governance di disporre di strumenti di controllo direzionale, nonché di rispettare i debiti informativi ministeriali e l'aderenza alle disposizioni normative, garantendo la sicurezza informatica e la protezione dei dati.

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, ASUGI porrà in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei vincoli riguardanti la spesa farmaceutica e per dispositivi medici, intensificando l'azione di monitoraggio e la promozione della massima appropriatezza prescrittiva.

Il consistente incremento del finanziamento regionale attribuito ad ASUGI, rispetto al livello inizialmente assegnato per l'anno 2024, che dovrebbe consentire una programmazione delle risorse effettivamente coerente con le attività, gli obiettivi assegnati e i relativi costi, impone dunque un mutato approccio nell'effettiva gestione e nel controllo dell'andamento della gestione, con il potenziamento del processo di budget, la definizione delle linee di responsabilità e una stringente attività di monitoraggio di obiettivi e risorse economiche infrannuale, a periodicità anche inferiore al trimestre, soprattutto per fattori produttivi e/o linee di attività di particolare consistenza o rilievo strategico

LE LINEE PROGETTUALI

In attuazione della D.G.R. 2052 dd. 30/12/2024 vengono di seguito definiti gli indirizzi, le linee di azione e organizzazione prioritarie per la programmazione aziendale da attuare nel corso dell'esercizio 2025, ai sensi dell'articolo 47 della L.R. 22/2019. Tali linee programmatiche, che non sono esaustive delle attività e dei servizi che devono essere garantiti in adempimento della normativa e per assicurare i livelli essenziali di assistenza, indicano le priorità che ASUGI si impegna a perseguire nel rispetto del finanziamento regionale e delle regole di gestione.

ASUGI svilupperà nel 2025 l'attività su due tipologie di linee progettuali:

- LINEE DI GESTIONE – OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI
- LINEE ORDINARIE DI GESTIONE

LINEE DI GESTIONE – OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI

Per l'anno 2025 ASUGI contribuirà al rafforzamento del governo clinico regionale, attraverso tre macro aree strategiche prioritarie, per ciascuna delle quali sono previste differenti linee progettuali strategiche, obiettivi e indicatori.

Le macro aree strategiche prioritarie sono le seguenti:

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

A RETI CLINICHE

Rete oncologica

Nel corso del 2025 ASUGI si impegna a realizzare gli obiettivi specifici previsti nel nuovo Piano di Rete Oncologica regionale.

Le priorità di intervento identificate sono:

1. il ripristino entro il 31.12.2025 dei posti letto di degenza ordinaria di Oncologia medica, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale (D.G.R. 1965/2021) e nazionale (DM 70/2015);
2. la 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 di quanto evidenziato dalle indagini nazionali sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche e dal Piano Nazionale Esiti. In particolare, entro il 30.04.2025, dovranno essere completate le azioni di condivisione con il COR, in previsione del riassorbimento nelle strutture pubbliche di tutta la chirurgia oncologica e della concentrazione, a partire dai tumori a bassa incidenza e/o indicati (con volumi di riferimento) nelle fonti istituzionali citate.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
A.1 Rete oncologica	A.1	Rete oncologica	Ripristino dei posti letto di degenza ordinaria di Oncologia medica presso ASUGI, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale (D.G.R. 1965/2021) e nazionale (DM 70/2015);	ripristino posti letto di degenza ordinaria di Oncologia medica
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.	azioni di condivisione completate

Rete senologica

In continuità e sviluppo con quanto già disposto nella programmazione delle attività per l'anno 2024 (Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024 – d.g.r. n. 48/2024 – Punto C.2 Rete senologica – obiettivo Lea core H02Z), per l'attività interventistica chirurgica per cancro alla mammella si prosegue nell'adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70. Si programma, pertanto, per l'anno 2025 il consolidamento delle attività svolte nell'anno 2024 e il pieno adeguamento agli standard posti dal D.M. n. 70/2015 dell'attività interventistica chirurgica per cancro alla mammella.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 2023 100%)
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 2023 11,79%)
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 2023 75,83 %)

Rete cuore

ASUGI, come indicato nella D.G.R. 213 dd. 21 febbraio 2025, definirà una proposta di articolazione organizzativa delle funzioni di Cardiologia in tutti i livelli assistenziali previsti nel Presidio ospedaliero di Gorizia–Monfalcone, nel rispetto del d.m. n. 70/2015 e della programmazione regionale vigente, anche mantenendo le degenze presso ciascuna delle due sedi del Presidio. La proposta sarà trasmessa al Direttore centrale dell'Unità operativa specialistica di coordinamento strategico della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità entro il 31 dicembre 2025. Nel corso del 2025 dovrà essere avviata la revisione del registro IMA al fine di adempiere alle necessità di monitoraggio della rete emergenze cardiologiche in ottemperanza a quanto indicato dall'accordo Stato-Regioni rep. 14/CSR del 24 gennaio 2018.

Linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
A.2.1 Rete cuore	A.2.1.a	Rete Cuore	"In attuazione della D.G.R. 1965/2021 si richiede all'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina di definire una proposta di articolazione organizzativa delle funzioni di Cardiologia in tutti i livelli assistenziali previsti nel Presidio ospedaliero di Gorizia–Monfalcone, nel rispetto del d.m. n. 70/2015 e della programmazione regionale vigente, anche mantenendo le degenze presso ciascuna delle due sedi del Presidio	entro il 31.12.2025 proposta deve essere trasmessa al Direttore dell'Unità operativa specialistica di coordinamento strategico della DCS
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 72,73%)
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 %

Rete ictus

Nel corso del 2025 sono previsti i seguenti obiettivi:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	<=5,7% (valore 2023 5,67%)
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% (valore 2023 20,21%)
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% (valore 2023 98,37%)
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	>=7% (valore 2023 7,34%)

Rete emergenza-urgenza

Emergenza-urgenza territoriale

Nel 2025 verrà consolidato il Dipartimento Funzionale di Emergenza Urgenza. Tutti gli atti e le procedure che riguardano l'emergenza urgenza devono essere discussi, condivisi e approvati dal dipartimento interaziendale funzionale. Proseguirà la collaborazione con SORES, considerata la valenza strategica e sovraziendale della funzione di centrale operativa. Come previsto nella D.G.R. 2064/2023 nel corso del 2025 verrà attivato presso SORES la figura di medico di centrale presente nelle 12 ore diurne e in reperibilità notturna 7 giorni su 7.

ASUGI si impegna a:

Assicurare le attività previste dalla convenzione stipulata nel corso del 2024 tra ARCS ed ASUGI al fine di garantire la rotazione del personale dell'emergenza territoriale nei vari setting in cui è articolato: centrale operativa, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale (PET). Per il 2025 sarà garantita la rotazione con il corrispondente scambio di almeno il 30 % del personale di SORES alla quale ASUGI contribuirà.

Assicurare, su richiesta di ARCS, attraverso Piani aziendali aggiornati e trasmessi ad ARCS almeno 45 giorni prima dell'avvio del turno di servizio, un'adeguata dotazione organica alla SORES, concordando le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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

Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso

In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni n. 143/CSR del 1° agosto 2019 ("Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"), al fine di contribuire alla gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso e dell'OBI, fermo rimanendo che nell'anno 2025 ASUGI manterrà le funzioni di pronto soccorso attualmente attive, si prevedono le seguenti azioni:

- In base al modello organizzativo, che la DCS d'intesa con ASUGI definirà entro il 31.03.2025, 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, 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;
- a partire dal 1° febbraio 2025 le SOC di medicina di tutti i presidi/stabilimenti ospedalieri garantiscono giornalmente dal lunedì al sabato almeno una dimissione ogni 10 posti letto ordinari attivi e garantiscono almeno altrettanti accoglimenti da PS;
- a partire dal 1° febbraio 2025 le RSA garantiscono giornalmente dal lunedì al sabato almeno una dimissione ogni 20 posti letto disponibili e contemporaneamente garantiscono uguale numero di ammissioni in struttura dal lunedì al sabato per pazienti provenienti da presidi/stabilimenti ospedalieri;
- realizzare percorsi "See and Treat" medico-infermieristici, così come previsto nell'Accordo Stato-Regioni n°143/CSR/2019 in seguito alla ricognizione effettuata dalla DCS dei percorsi già disponibili presso le Unità di pronto soccorso entro il 31 marzo 2025 e alla definizione di modello e criteri organizzativi e operativi da adottare per lo svolgimento delle attività nei percorsi stessi.

inea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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;	collaborazioni e 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
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)
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	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

inea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
		adottare per lo svolgimento delle attività nei percorsi "See and Treat"		
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 gen-ago 2024 35,2%)
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 gen-ago 2024 54,1%)
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 gen-ago 2024 63,5%)
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 gen-ago 2024 71,6%)
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 gen-ago 2024 85,1%)
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 gen-ago 2024 93,5%)
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	< 6,00% (valore gen-ago 2024 6,16%)

Rete Cure palliative

Anche nell'anno 2025 ASUGI darà attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. 1475 del 22.9.2023 di approvazione del "Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2023-2025" e suoi successivi

aggiornamenti. Gli obiettivi legati all'implementazione del predetto Piano sono pertanto calibrati su andamenti e risultati osservati alla data di redazione del presente testo, e tenendo conto delle tempistiche di attuazione del Piano, ferma rimanendo l'esigenza di procedere nell'aggiornamento dello stesso Piano con riferimento al triennio 2025-2027, anche ai sensi dell'articolo 1, c. 83, della legge 29 dicembre 2022, n. 197.

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
A.2.5 Rete Cure palliative	A.2.5.a	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (D.G.R. 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° UCP dom attive entro il 31.12.2025	4
A.2.5 Rete Cure palliative	A.2.5.b	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (D.G.R. 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025	36 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% (valore 2023 62,67% valore gen-ago 2024 67,08%)
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% (valore 2023 96,11% valore gen-ago 2024 97,16%)
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% (valore 2023 22,90% valore gen-ago 2024 23,05%)

Rete neonatologica e punti nascita

Nel corso del 2025 si procederà con l'adeguamento agli standard previsti dalla CSR 137/2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", pertanto gli enti sono tenuti a sospendere entro il 15 maggio 2025 i punti nascita che nel 2024 abbiano realizzato meno di 500 parti. L'obbligo di sospensione sopraindicato non si applica relativamente ai punti nascita per i quali risulta vigente una specifica espressa deroga accordata dal Ministero della Salute.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 esposte e specifiche deroghe ministeriali	Sono attivi i punti nascita solo nelle strutture che nel 2024 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo esposte e specifiche deroghe ministeriali che la Regione Friuli Venezia Giulia chiederà per i punti nascita di Tolmezzo e Latisana

B. STANDARD DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E OSPEDALIERA

Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale

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

- Implementazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) - Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura");
- Sviluppo della telemedicina;
- Case della Comunità: definizione del modello di casa della comunità con gestione dell'urgenza non complessa e attivazione a Trieste.

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

Sempre nell'ambito dell'attuazione di quanto previsto dal DM 77, entro il 30.06.2025 si procederà a elaborare, avvalendosi del supporto tecnico di ARCS, e a procedere ad una revisione e riorganizzazione dei fabbisogni, e dotazioni, dei posti letto riabilitativi, post acuti e delle cure intermedie e dell'attività riabilitativa ambulatoriale. Inoltre, entro la medesima data, si definiranno i criteri di accreditamento degli ospedali di comunità e la relativa tariffa. A Trieste presso ASP ITIS è attiva una sperimentazione avviata a dicembre 2022.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 D.G.R. 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	10.889
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 D.G.R. 670/2023 e D.G.R. 1086/2023 T3 2025	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	1 (Trieste c/o Maggiore)

C. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

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

Governo della domanda e appropriatezza (RAO)

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

Per quanto riguarda la medicina convenzionata, è necessario prevedere l'utilizzo, a partire dal secondo semestre dell'anno 2025, del sistema RAO per mezzo di supporto informatico al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva (attuazione della previsione di cui all'art. 45 ACN) per mezzo di una corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche da operarsi nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario contenuti nel Manuale RAO. Analogo obiettivo viene indicato relativamente agli accordi da stipulare con gli Specialisti ambulatoriali interni.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%
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%

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

Assolto l'obbligo di predisposizione e trasmissione alla DCS e ad ARCS, piano per il contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste di attesa, allegato al presente Piano, ASUGI garantisce lo svolgimento delle attività

di utilizzo delle specifiche linee di finanziamento finalizzato al recupero delle liste di attesa e al contenimento della fuga extra regionale previste alle voci di finanziamento finalizzato alle singole tipologie di attività di recupero –ricoveri, screening, specialistica ambulatoriale. ASUGI si impegna a comunicare ad ARCS e alla DCS i dati dei monitoraggi periodici di attività e utilizzo delle risorse svolti in attuazione delle finalità indicate al presente punto nonché a trasmettere specifica rendicontazione a esercizio concluso delle attività compiute e risorse utilizzate, con dettaglio per finalità e modello organizzativo utilizzato.

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

Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali

Fermi rimanendo gli obblighi relativi alla garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sanitarie, si evidenziano, in particolare, gli obiettivi di seguito esposti valutati nell’ambito del Nuovo Sistema di Garanzia nazionale per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 gen set 2024 71,2%)
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 gen set 2024 73,6%)

Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica

Si porterà la massima attenzione a consolidare i risultati conseguiti nel 2024 e a migliorare ulteriormente il rispetto dei tempi d’attesa per la chirurgia oncologica.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 gen-ago 2024 70,20%)
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 gen-ago 2024 73,68%)
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 gen-ago 2024 71,43%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 gen-ago 2024 46,15%)
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 gen-ago 2024 84,81%)
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 gen-ago 2024 100,00%)
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 gen-ago 2024 88,57%)
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 gen-ago 2024 67,74%)

Tempi di attesa chirurgia non oncologica

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 gen-ago 2024 81,44%)
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 gen-ago 2024 72,28%)
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 gen-ago 2024 77,19%)
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 gen-ago 2024 86,58%)

LINEE ORDINARIE DI GESTIONE

1 PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

1.1 Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione

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

1.1.1 Programma PP1 Scuole che promuovono salute

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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

1.1.2 Programma PP2 Comunità attive

Continua l'attività di advocacy nei confronti delle amministrazioni comunali per l'avvio delle proposte di movimento nelle diverse fasce di età e l'attivazione dei gruppi di cammino. È prevista l'attivazione della rete delle palestre della salute che saranno certificate a livello aziendale e pubblicizzata l'attività di AFA/EFS attraverso il sito regionale invecchiamento attivo e diffusa l'informazione ai MMG/PLS promuovendo la prescrizione dell'esercizio fisico e del consiglio a fare attività fisica. ASUGI garantirà le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare si impegnerà ad implementare percorsi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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

1.1.3 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute

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

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

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

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

ASUGI garantirà le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%
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%

1.1.4 Programma PP4 Dipendenze

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

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

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

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	>=1

1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita

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

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

In collaborazione con i referenti degli altri programmi (PP01, PP02, PP09, PP03, PL13) e gli stakeholder, proseguiranno le iniziative informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione di tutte le età e ai caregiver. L'implementazione dei dati epidemiologici di esito degli incidenti stradali, per la valutazione del burden in termini di mortalità evitabile e disabilità è subordinata al superamento delle criticità legate all'utilizzo di dati sanitari, in forma semi anonimizzata, ai fini della predisposizione di reportistica.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

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

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

Viste le caratteristiche produttive della regione in passato, sarà garantita la sorveglianza sanitaria dei cittadini ex-esposti all'amianto.

1.1.6.1 Obiettivo PP06 Piano mirato di prevenzione

Sarà garantita la partecipazione agli incontri promossi dalla Direzione Centrale e dovrà garantire l'adozione delle seguenti buone pratiche:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	≥ 7 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	≥ 7 imprese

1.1.6.2 Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

L'azienda dovrà partecipare agli incontri promossi dalla Direzione Centrale e dovrà garantire l'adozione delle seguenti buone pratiche e numero di controlli:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	>=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	>=12 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	>=708
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 (313 cantieri; 21 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%

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

Sarà garantita la partecipazione agli incontri promossi dai coordinatori dei gruppi tematici e dovrà verificare che le imprese del territorio adottino:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	>=1 impresa

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	>= 3 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.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
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 10 imprese assegnate

1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute

Il PRP-PP9 prevede diverse linee di lavoro spesso correlate a tematiche innovative complesse che richiedono specifiche competenze ed appare importante proseguire nel consolidamento di un modello organizzativo e metodologico di integrazione interaziendale mirato a favorire un contesto di lavoro in team.

A tale scopo ASUGI garantisce la partecipazione agli incontri dei gruppi di lavoro interaziendali, coordinati dal referente regionale del Programma PP9.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
1.1.7 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
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
1.1.7 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	>=90%

1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
1.1.8 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
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
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
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
1.1.8 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
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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
1.1.8 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

1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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

1.1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità

Proseguiranno le attività di sostegno a favore di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile in ogni contesto collettivo e life-course (nidi, ogni grado scolastico, aziende, strutture per anziani e disabili, carceri, comunità), anche in contrasto alla povertà alimentare, attraverso la revisione/redazione e diffusione/promozione dei documenti di riferimento regionali, in continuità con un approccio consolidato di sinergie fra i vari stakeholder coinvolti, istituzionali e non, interni ed esterni al Sistema Sanitario Regionale. Proseguirà l'offerta di counselling nutrizionale per le donne in età preconcezionale e in gravidanza, anche in raccordo con il PL 14 "Investire in salute nei primi 1000 giorni". ASUGI garantirà le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare la partecipazione alle attività del gruppo di lavoro per la redazione della nuova edizione delle linee guida sulla ristorazione scolastica.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	Redazione documento
1.1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	1.1.9.b	Formazione operatori sul tema "Alimenta la tua salute al lavoro e a casa"	Corso di formazione ECM rivolto agli operatori sanitari.	>= n. 1 corso realizzato
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%
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

1.1.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni

Al fine di promuovere la salute nei primi 1000 giorni di vita, l'Azienda sanitaria garantirà le seguenti attività per l'anno in corso:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	+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%
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%
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%
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	>= 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%
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%

1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Anche per il 2025 proseguono le attività volte a promuovere e migliorare la prevenzione delle malattie infettive. L'Azienda sanitaria garantirà le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare perseguirà questi obiettivi:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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%
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
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 2022 92,22%)
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 2022 90,27%)
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 2022 87,19%)
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 2022 84,57%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 2022 25,85%)
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 2022 50,95%)
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 2022 18,63%)
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%
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%
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%
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%

1.1.13

Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica

Prosegue anche nel 2025 il programma regionale di odontoiatria pubblica con la finalità di omogeneizzare l'offerta in tutto il territorio regionale, a tal fine è necessario che ogni azienda si impegni per raggiungere e/o mantenere in ogni centro di erogazione adeguati standard sia di dotazione organiche, tecnologiche che di volumi. Sempre nell'ottica di implementare i servizi sulla base dei bisogni rilevati e rendere il livello qualitativo quanto più omogeneo nelle diverse aree regionali, si ritiene necessario che ASUGI riveda la propria organizzazione dell'offerta nel rispetto degli standard erogativi declinati negli obiettivi di seguito riportati. Il coordinamento delle attività come previsto dalla D.G.R. 1334 del 31.7.2019 è affidato al Direttore del centro Hub di ASUGI, con il supporto dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) e dei referenti aziendali, ed eventualmente di referenti di disciplina, e in costante relazione con la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 \geq 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 \geq 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	\leq 25%
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
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
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)	SÌ

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.f	Riorganizzazione dei servizi	Presentazione da parte del Coordinatore Regionale di una proposta di aggiornamento di organizzazione entro il 30.9.2025	Presentazione della proposta di aggiornamento entro il 30.9.2025
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

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

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

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

In tal senso ASUGI si impegna a perseguire:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 entro il 31.3.2025

1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria

La Regione Friuli Venezia Giulia gestisce ed implementa il sistema di sorveglianza veterinaria secondo la normativa nazionale ed EU in tema di sanità pubblica, sicurezza alimentare, sanità animale, bio-sicurezza degli allevamenti per la produzione di alimenti, benessere degli animali, e Igiene Urbana Veterinaria. Adotta inoltre, a livello regionale, misure specifiche di controllo ed eradicazione di alcune malattie infettive degli animali (IBR e BVD) e di sicurezza alimentare (Piccole Produzioni Locali).

Tra le iniziative finalizzate al potenziamento delle attività legate alla sorveglianza epidemiologica avviate dalla Regione, rientrano i Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria, che hanno la funzione di supporto alle attività di pianificazione e gestione delle azioni di sorveglianza epidemiologica coordinate dal Servizio veterinario regionale.

A partire dal 2012 la Regione FVG si avvale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSve) ai sensi della Legge Regionale 24 aprile 2015 n. 9 di riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie (IZSve) dove è previsto che l'IZSve provvede, previa copertura finanziaria da parte della committenza,

ad ogni ulteriore compito, servizio o prestazione ad esso demandati dagli enti cogherenti.

Pertanto, in attuazione ai Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria, al fine di ottimizzare le risorse di capitale e di programmazione intesa come risorse disponibili allocate all'espletamento di tali attività e come progettualità di lungo termine, è stato stipulato un Accordo di collaborazione con il medesimo IZSve di durata triennale (2025-2027).

Anche per l'anno 2025 ASUGI assicurerà la realizzazione del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale raggiungendo gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari. In particolare, ogni azienda dovrà assicurare tutti gli interventi ispettivi e di audit previsti per settore dal PRISAN, il numero di valutazioni del rischio e di campionamenti di alimenti programmati dal PRISAN nonché il numero di controlli congiunti tra Servizio veterinario e Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) come da Accordo Conferenza Stato Regioni.

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

Nell'ambito dell'igiene urbana veterinaria ASUGI si impegnerà alla realizzazione delle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione. In tale ambito i dipartimenti di prevenzione dovranno inoltre proseguire nelle attività di ispezioni presso i canili convenzionati e presso gli allevamenti per animali d'affezione. Sul versante informatico tutte le Aziende nel corso del 2025 dovranno adottare il sistema GISA per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN e per l'Area Igiene Pubblica per la gestione delle attività di controllo ufficiale (esecuzione, monitoraggio e registrazione).

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%
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%
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%
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%

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%
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%
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%
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%
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%
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%
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%
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%

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%
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%

1.4 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento

La Regione FVG assicura la gestione a livello regionale delle Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento" attraverso il "Centro Regionale di Riferimento PASSI e PASSI d'Argento", istituito in ASUGI, al fine di ottemperare al LEA della Prevenzione (DPCM 12/01/2017, Allegato 1 Area F). Nel 2025 ASUGI implementerà l'organizzazione del "Centro Regionale", acquisendo le risorse necessarie a garantire le funzioni assegnate.

Il Centro Regionale garantirà il coordinamento con l'ISS e gli Enti coinvolti e l'organizzazione e la conduzione delle Sorveglianze per tutte le Aziende Sanitarie della Regione, nonché la produzione degli indicatori di competenza e degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione. Ove richiesto, fornirà il supporto per indagini sul campo. Il Centro predisporrà report su stili di vita e tematiche rilevanti ai fini della prevenzione o programmazione e di monitoraggio dell'indicatore composito P14C.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
1.4 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	1.4.a	Coordinare l'organizzazione e la gestione delle sorveglianze PASSI E PASSI D'ARGENTO per garantire la raccolta e i flussi di dati verso ISS (LEA U1.1 Area Prevenzione- NSG - DM 12/03/2019,)	n° Report	Report
1.4 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	1.4.b	Monitorare il valore dell'indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	Report di monitoraggio per ARCS, AZIENDE E DCS	Report
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	Report Diffusione dei risultati

1.5 Attività di screening

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

Nell'ambito dell'attività di screening oncologico, è prioritario il rafforzamento e l'implementazione di un

coordinamento che garantisca il coerente sviluppo dell'attività a livello regionale, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo, nonché l'integrazione dell'intero processo che parte dall'informazione al paziente fino all'eventuale presa in carico nel PDTA specialistico, passando per l'invito, il test diagnostico, la refertazione e la visita. Per aumentare i livelli di adesione alle campagne di screening, rendendo anche più capillari ed efficaci gli inviti, occorre coinvolgere maggiormente i medici di medicina generale, coinvolgendo anche AFT e UCCP in un contesto di massima prossimità. In tal senso, e nello specifico caso dello screening colon-retto, è confermato il coinvolgimento delle farmacie convenzionate sul territorio regionale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

1.5.1 Screening Cervice Uterina

Anche per il 2025 si conferma la necessità che le Aziende predispongano bimestralmente il calendario delle chiamate e la sua trasmissione ad ARCS.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	>= 60% (valore 2023 73,81%)
1.5.1 Screening Cervice Uterina	1.5.1.b	Diminuire i tempi di refertazione degli HPV test	% HPV refertati entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	>= 90% (valore 2023 99,7%)
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% (valore 2023 40,31%)
1.5.1 Screening Cervice Uterina	1.5.1.c-e	Tempi di refertazione PAP test di secondo livello (servizio centralizzato in ASUGI a partire dal 2023)	% Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	>=85% (valore 2023 80,56%)

1.5.2 Screening mammografico

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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% (valore 2023 56,82%)
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 2023 77,39%)
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 2023 12,37%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 2023 64,04%)

1.5.3 Screening colon retto

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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% (valore 2023 51,97%)
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 2023 97,5%)
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 2023 88,64%)
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 2023 88,67%)

2 ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi

Di seguito si indicano alcuni degli obiettivi di attività assegnati ad ASUGI finalizzati al miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 2023 9,12)
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 2023 4,11)
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 2023 0,74)
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
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
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Lea NSGD06 C	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 2023 32,56)
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Bersagli o 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 2023 29,04)
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Bersagli o 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	<11% (valore 2023 13,04%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Bersagli o C9.1	Migliorare il consumo di inibitori di pompa protonica sul territorio	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	< 30 (valore 2023 26,06)

2.2 Medicina convenzionata

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
2.2 Medicina convenzionata	2.2.a	Avvio delle AFT come previsto da ACN 2024.	Individuazione referenti AFT	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%

3 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.1 Attività di presa in carico e unità di valutazione multidimensionale

Tutta la recente normativa in materia di anziani, persone con disabilità, minori e adulti fragili sottolinea l'importanza di costruire percorsi di presa in carico condivisi e integrati, nonché la realizzazione di reti tra il sistema sociale e quello sanitario. Coerentemente con gli step previsti dal Piano nazionale FNA 2022-2024 in relazione alla progressiva attuazione dei LEPS di processo, l'Azienda adotta protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comuni all'Azienda sanitaria e agli Ambiti sociali di competenza territoriale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	Accordo entro il 31.12.2025

3.2 Non autosufficienza anziani

Come per l'anno 2024, prosegue l'attività di sorveglianza attiva rivolta alla popolazione anziana a rischio di fragilità, denominata PRISMA 7, con le medesime modalità garantendo la trasmissione dei relativi dati nell'ambito dei flussi informativi. Nell'ambito delle problematiche legate alla non autosufficienza, la promozione di interventi rivolti alle persone con demenza, ai loro famigliari e caregiver rappresenta un ambito sul quale la Regione intende continuare ad agire con priorità. A tal riguardo, con D.G.R. 1964/2021, la Regione ha approvato le linee di indirizzo per la realizzazione della sperimentazione denominata "Domiciliarità comunitaria" che prevede la realizzazione di percorsi di amministrazione condivisa (coprogrammazione e coprogettazione) finalizzati alla definizione di interventi e servizi a favore delle persone affette da demenza. Nel corso del 2024 si sono conclusi i percorsi di coprogrammazione avviati nel 2023 a Trieste, che hanno coinvolto ASUGI, Servizi Sociali del Comune, Enti del Terzo settore e Associazioni dei familiari di persone affette da demenza. Le risultanze di tali percorsi hanno fornito indicazioni e proposte puntuali per il miglioramento del sistema complessivo della presa in carico e della rete dei servizi, anche con riguardo all'orientamento dei diversi livelli di governance. Parallelamente, con D.G.R. n. 1413/2023, è stato approvato il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) delle demenze, che prevede una riorganizzazione dei servizi per tutelare i percorsi di presa in carico delle persone e garantire omogeneità sul territorio regionale.

Nel 2025 l'Azienda sanitaria, assieme ai Servizi sociali del Comune di Trieste, prosegue la realizzazione della sperimentazione di domiciliarità comunitaria, secondo le indicazioni previste dalle D.G.R. 1964/2021 e D.G.R. 1376/2024, che porteranno alla definizione di interventi e servizi a favore delle persone con demenza nel territorio.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
3.2 Non autosufficienza anziani	3.2.b	Realizzazione della sperimentazione "Domiciliarità comunitaria" (1964/2021 e D.G.R. 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
3.2 Non autosufficienza anziani	3.2.b	Realizzazione della sperimentazione "Domiciliarità comunitaria" (1964/2021 e D.G.R. 1376/2024)	Attivazione di progetti personalizzati finanziati con budget personale	Almeno 8 progetti entro 31.12.2025
3.2 Non autosufficienza anziani	3.2.c	Implementazione del PDTA delle demenze secondo indicazioni (D.G.R. 1413/2023)	Attivazione dei CDCD secondo le indicazioni del PDTA delle demenze	Entro 31.12.2025

3.3 Disabilità

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo regolamento FAP (DPRReg. N.214/2023), al fine di garantire il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento in relazione alla valutazione della gravità e della complessità del bisogno, ai sensi dell'art. 9 (Assegno dedicato alle persone in condizione di gravissima disabilità – AGD), comma 2 del regolamento, ASUGI si impegna ad accertare la condizione di gravissima disabilità, sia producendo in via diretta la documentazione sanitaria attraverso la somministrazione delle apposite scale di valutazione, ovvero eventualmente confermando, a seguito di opportuna verifica, la documentazione prodotta da uno specialista in regime di convenzione o privato non convenzionato.

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

Nell'anno 2025 ASUGI procederà alla rivalutazione delle persone in carico (art 17 comma 7, L.R.16/22) attraverso lo strumento di valutazione multidimensionale Q-VAD.

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

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

La Regione FVG, nella D.G.R. 1690/2023 ("Atto di indirizzo recante le indicazioni per la nuova configurazione

dei servizi e per il conseguente adeguamento degli atti aziendali. Articolo 18, comma 2 della legge regionale 14 novembre 2022, n. 16”) ha preso atto delle ampiamente documentate e significative barriere all’accesso alla diagnostica e alle cure ambulatoriali e ospedaliere delle persone con disabilità. ASUGI garantisce vengano predisposte le opportune soluzioni logistiche, organizzative e tecniche in modo tale che la presa in carico sanitaria delle persone con disabilità sia garantita senza discriminazioni rispetto alla popolazione generale. Tali previsioni normative sono anticipate nella L.R. 22/2019, che individua al suo art. 26, comma 7, la necessità di promuovere e sostenere presso tutte le strutture ospedaliere percorsi specificamente strutturati di accoglienza e gestione delle persone con disabilità e loro familiari, che a vario titolo accedono ai servizi ospedalieri, specie per le persone con bisogni di sostegno complessi e per quelle non collaboranti.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%
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%
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%
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

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

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

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

In questa prospettiva, anche grazie al contributo delle Associazioni rappresentative, sono state individuate alcune azioni che possono sicuramente rendere più agevole l’utilizzo dei servizi sanitari per queste persone.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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
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
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
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
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
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

3.4 Minori

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

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

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

Per l'anno 2025 ASUGI e i Servizi sociali del Comune stipulano appositi protocolli operativi per la costituzione di equipe multiprofessionali funzionali all'affido familiare, che potranno essere costituite anche su base sovradistrettuale.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	Presenza protocollo
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%

3.5 Consulori familiari - attività sociosanitaria -

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
3.5 Consulori 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	10 famiglie, 20 incontri

3.6 Salute mentale e dipendenze

In attesa di adozione del nuovo Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale, che interverrà, tra l'altro, sull'organizzazione dei servizi e l'integrazione sociosanitaria, proseguiranno le attività del Tavolo Tecnico Regionale che manterrà il compito di orientamento e sintesi documentale, anche al fine dell'individuazione di requisiti qualitativi di programmi e strumenti riabilitativi e di inclusione sociale, condivisi tra servizi sanitari, sociali, altre agenzie pubbliche, enti del terzo settore e stakeholders. Sarà avviata un'attività di sistematizzazione e successivo inserimento in Point pSM dei programmi di abitare supportato, formazione e inserimento lavorativo, di protagonismo e socializzazione (art. 33 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria).

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

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

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

Le aree delle dipendenze e della salute mentale, a conclusione del progetto CCM "Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, si impegneranno a valorizzarne gli esiti, realizzando un'attività valutativa partecipata di tipo qualitativo del processo di costruzione e realizzazione dei progetti personalizzati sostenuti da Budget di salute. L'attività sarà focalizzata sugli elementi qualificanti della metodologia, con particolare riguardo al protagonismo della persona, all'autodeterminazione, all'integrazione

sociosanitaria, alla recovery personale e al welfare di comunità, con il coinvolgimento delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli Enti del Terzo Settore (ETS).

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	>=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%
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, comorbilità, tipologia di dipendenza e di programma di riabilitazione e inclusione	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	Si/no
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	>=3

4 ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

Vengono di seguito elencati gli indicatori e i relativi target che per l'anno 2025 rappresentano obiettivo per ASUGI, nell'ottica di avvicinare le performance aziendali ai valori medio alti del Network delle Regioni, di ridurre le variabilità presente nel territorio, oltre che a perseguire i target previsti dalle indicazioni nazionali e regionali.

4.1 Appropriately e efficienza operativa

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
4.1 Appropriately 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	$\leq 0,17$ (valore gen ago 2024 0,23)
4.1 Appropriately 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 gen ago 2024 67,15)
4.1 Appropriately 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 2023 0,68)
4.1 Appropriately e efficienza operativa	Bersaglio C2A.C	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	$< 1,00$ (valore 2023 1,23)
4.1 Appropriately 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)	$\geq 65\%$ (valore gen ago 2024 72,06%)
4.1 Appropriately 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)	$\geq 80\%$ (valore gen ago 2024 85,19%)

4.2 Assistenza materno infantile

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

Per tale finalità a partire dalle specifiche linee di indirizzo che la DCS elaborerà entro aprile 2025 ASUGI si

impegna successivamente a definire le procedure aziendali entro luglio 2025 ed applicarle.

Sempre nel corso dell'anno 2025, saranno attivate iniziative formative a valenza regionale sulla gestione delle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO). ASUGI garantisce la valutazione dell'applicazione del percorso BRO, trasmettendo i dati richiesti dalla DCS e la partecipazione alle attività formative.

Nell'ambito del trattamento dei disturbi riconducibili alla psicopatologia dell'adolescenza, l'Azienda, in via sperimentale, verificherà la possibilità di dedicare fino a quattro posti letto della SOC di pediatria del Presidio di Gorizia e Monfalcone alla cura di pazienti minori affetti da disturbi del comportamento alimentare e da altri disturbi riconducibili alla psicopatologia dell'adolescenza, con individuazione di un neuropsichiatra di riferimento.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
4.2 Assistenza materno infantile	Bersaglio C7.3	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	< 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%
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%
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
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%
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%

4.3 Trapianti e donazioni

Si prosegue nelle attività, anche in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018, Rep. Atti n. 16/CSR ("Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate") nonché del precedente Accordo Stato-Regioni del 14 dicembre 2017, Rep. Atti n. 225/CSR ("Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020").

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 per COP

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	1 relazione entro il 31.12.2025
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.b	Mantenimento del numero di trapianti di rene	Il numero di trapianti di rene	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%
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)
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 al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)

5 ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI

In continuità con gli atti di programmazione dell'anno precedente, per il 2025 l'Azienda continuerà a promuovere azioni volte ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR). ASUGI perseguirà, altresì, ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella degli acquisti diretti (ospedaliera, diretta e DPC).

5.1 Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici

Ad oggi rimangono confermati e vigenti i tetti di spesa di cui alla Legge di Bilancio 2022 (legge 30 dicembre 2021, n. 234 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 - all'art. 1, comma 281 e seguenti) che a decorrere dall'anno 2024 fissa il valore complessivo della spesa farmaceutica nel 15,30 per cento, ferma rimanendo la quota del 7 per cento per la spesa farmaceutica convenzionata. I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA (report monitoraggio spesa farmaceutica). Analogamente, anche per l'acquisto dei dispositivi medici rimane confermato e vigente il tetto di spesa per il 2025 secondo quanto previsto dalla normativa nazionale.

5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale

Per il 2025 si confermano gli indicatori di appropriatezza già presenti nel triennio 2022-2024 tratti dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018" redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa e dal rapporto OSMED di AIFA, rispettivamente in tema di percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi, aderenza terapeutica al trattamento con farmaci antidiabetici e percentuale di prescrizioni di antibiotici appartenenti al gruppo Access (DDD), cioè quelli di prima scelta in base alla classificazione AWaRe.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	<= 23,50 (valore 2023 23,51%)
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%.)	>= 50% (valore 2023 50,22%)
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%.)	<= 14% (valore 2023 14%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%

5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

L'Azienda continua a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM- piani terapeutici) con conseguente mantenimento di quanto già stabilito dagli atti di programmazione regionale precedenti, secondo gli indicatori individuati. Inoltre, al fine di garantire il rilascio dei PTE secondo quanto indicato dalla normativa vigente, in prosecuzione delle attività avviate nel 2021 sugli applicativi regionali del PSM e Portale di Continuità della Cura integrati con il Sistema TS, nel 2025 è previsto l'avvio del PSM-PT anche presso le case di cura private accreditate, sede di centri individuati alla redazione dei piani terapeutici per le varie categorie di farmaci che consenta di dotare ASUGI di un ulteriore strumento per il governo dell'appropriatezza e contenimento della spesa.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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%
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 (valore gen-set 2024 97,7%)
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)	% 2025 <% 2024
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% (valore gennaio-giugno 2024 70%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 $\geq 50\%$	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2024 $\geq 50\%$	<50%
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.	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.	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

In applicazione del nuovo Accordo quadro sulla Distribuzione per conto dei medicinali ratificato con D.G.R. n. 1007/2023 l'Azienda assicura attuazione ai contenuti, massimizzandone l'efficienza e attivando i percorsi per favorire l'utilizzo dei medicinali con miglior profilo costo-efficacia negli ambiti terapeutici a maggior impatto di spesa, quali ad esempio i farmaci ipoglicemizzanti e antitrombotici.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 D.G.R. 1007/2023)*	DPC strisce regionale a regime entro il 30.11.2025	Report avvio e andamento attività 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	Partecipazione attività

5.5 Farmacovigilanza

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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 $\geq 10^{**}$

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

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

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

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, l'Azienda assicura azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR, nel rispetto del quadro normativo di settore e in accordo con il secondo position paper e l'analisi di sicurezza dei biosimilari dell'AIFA.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	$\Delta \% > 0$ 2025-2024

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 "generizzazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "generizzazione"	Δ % >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.	> =40% (valore gen-ott 2024: 34,4%)
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 93,30%)
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)	> =75% (valore gen-ott 2024 69,32%)
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 92,31%)
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 87,74%)
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.j	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare OMNITROPE (1°graduatore 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 67,19%)

5.7 Assistenza integrativa

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

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

Ente	popol. Pesata 1/1/2024*	limite di spesa
ASUGI	438.513	783.433

*Fonte Istat - dati provvisori

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	<=783.433 €
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

5.8 Assistenza protesica

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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	collaborazione con DCS

5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici

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

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

Il monitoraggio riguarda quindi:

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

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

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

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

dispositivi medici, coerentemente anche con il perseguimento dei seguenti obiettivi:

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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

5.10 Dispositivo-vigilanza

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

Nel Friuli Venezia-Giulia la rete regionale di dispositivo-vigilanza è stata formalizzata, da ultimo, con D.G.R. 2056/2023.

Con nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, la DCS ha comunicato l'inserimento di alcuni nuovi indicatori tra gli adempimenti LEA, inerenti il monitoraggio, l'organizzazione e dell'attività della rete nazionale e regionale di vigilanza sui dispositivi medici, al cui conseguimento concorre anche ASUGI.

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

Al riguardo ASUGI parteciperà al corso FAD regionale sulla dispositivo-vigilanza nei primi mesi del 2025.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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)
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
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

5.11 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici

Nel 2022 è stato avviato un tavolo di lavoro sui dispositivi medici composto da ARCS e la DCS con l'obiettivo di definire una reportistica sul monitoraggio della spesa e dei consumi da diffondere agli Enti del SSR e individuare opportuni indicatori di appropriatezza. Nel corso del 2024 la partecipazione al tavolo è stata estesa ad altri professionisti individuati dagli Enti del SSR. Nel 2025, proseguono gli incontri bimensili del tavolo secondo un calendario da definire entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto. ASUGI assicurano la partecipazione di almeno un referente agli incontri del Tavolo.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici

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

Considerato, tra l'altro, che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici è rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda al lordo dell'IVA ed è dichiarato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ASUGI continua ad operare coerentemente alle indicazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute contenute nelle note:

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

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

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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 assorbimento CND T040) per punto DRG	<=25 € (valore gen-sett 2024: 24,86 dato 2023 29,69€)
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	<=5,70 € (valore gen-ott 2024: 5,93 Valore 2023 5,56 €)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	<=4,80 € (valore gen-sett 2024: 4,92 € valore 2023 5,97 €)
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)	<=590 € (valore gen-sett 2024 539,99 € valore 2023 592,24 €)
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)	<=1.160 € (valore gen-sett 2024 1.164,39€ Valore 2023 1.140,65€)

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

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

6 SISTEMI INFORMATIVI

La funzione dei sistemi informativi supporta le diverse strutture sanitarie, socio sanitarie e amministrative nella gestione delle tecnologie dell'informazione e comunicazione e nella gestione dei progetti di avviamento e di cambiamento organizzativo con la collaborazione di tutte le altre funzioni aziendali interessate al fine di raggiungere i risultati attesi previsti dalla programmazione regionale e dal PNRR.

ASUGI garantisce le condizioni di disponibilità dei requisiti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali necessari all'avvio del sistema PACS.

La corretta alimentazione dei flussi informativi è un elemento essenziale ed imprescindibile per il monitoraggio e la valutazione del sistema del SSR. È impegno e responsabilità degli Enti assicurare la tempestiva e corretta alimentazione dei gestionali in uso per consentire a tutti i livelli di governance di disporre degli elementi di valutazione nonché di rispettare i debiti informativi ministeriali, sulla base dei quali le istituzioni esterne al sistema regionale valutano le performance del SSR e l'aderenza alle disposizioni normative.

7 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Si rimanda alla relazione sulla manovra del personale 2025.

8 FORMAZIONE CONTINUA ED ECM

Si rimanda alla relazione sulla manovra del personale 2025.

Programmazione della formazione

Il Piano della Formazione Aziendale (PFA)

ASUGI, nella gestione complessiva delle attività formative, in conformità a quanto previsto dai documenti regionali e nel rispetto del format predisposto, garantisce la stesura annuale del Piano Formativo Aziendale (PFA). ASUGI si impegna alla trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2025 ed al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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

La Relazione annuale regionale

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

9 INVESTIMENTI

Progettualità PNRR

Programmazione 2026

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

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2026, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2026 (PPI 2026). ASUGI, anche a seguito di un percorso preliminare di confronto, condotto direttamente con ARCS e secondo le modalità che saranno fornite da ARCS stessa nell'esercizio del proprio ruolo di coordinamento, adotterà il PPI 2026 entro il 30 settembre 2025 completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti (attuale comma 2 dell'art. 33 della L.R. 26/2015).

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

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

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

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

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
9.6.5 Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla D.G.R. n.2042 del 29/12/2022	9.6.5.a.1	Valutazione del fabbisogno per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla D.G.R. 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 D.G.R. 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 alla DCS entro il 30.06.2025
9.6.5 Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla D.G.R. n.2042 del 29/12/2022	9.6.5.b	Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla D.G.R. n.2042 del 29.12.2022	Trasmissione della proposta di aggiornamento della Programmazione Preliminare degli Investimenti 2025, secondo quanto disposto dall'art.33 della L.R. 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 al NVISS 31.07.2025

10 ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ

10.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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
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
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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
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
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
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
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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)
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
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)
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)
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"
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 Scroptes scabiei nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali	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
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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
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
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
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
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
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
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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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 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 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 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
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
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
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

10.2 Accredimento

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

Ad ASUGI è richiesta la partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso:

- la messa a disposizione dei propri professionisti a collaborare alle verifiche. L'autorizzazione riguarda i dipendenti che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il percorso per ottenere la qualifica di valutatore,
- la messa a disposizione dei propri professionisti per la partecipazione al percorso formativo dei

valutatori dell'accreditamento,

- la messa a disposizione propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento, per partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA,
- la messa a disposizione dei propri dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori per partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas,
- la messa a disposizione dei propri dipendenti, componenti dell'OTA regionale, per svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023, secondo un calendario e per un impegno orario che sarà reso noto entro marzo 2025.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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).	Ogni ente mette a disposizione almeno 3 professionisti con profilo professionale inerente alla campagna di reclutamento
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'accreditamento.	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.	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'accreditamento, di partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA.	Evidenza gg di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione della richiesta regionale	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'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Messa a disposizione dei profili richiesti.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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'accREDITamento 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	Autorizzazione delle missioni dei professionisti in regime istituzionale/formazione obbligatoria
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 D.G.R. 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)	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 D.G.R. 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	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 D.G.R. 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS	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 D.G.R. 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	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 D.G.R. 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	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione

Gestione della logistica di reparto e attività di sperimentazione

Il Capitolato tecnico della gara ARCS relativo al Servizio di Logistica centralizzata per le Aziende del SSR prevede l'attivazione, da parte della Ditta aggiudicataria e nel corso della durata contrattuale, di un progetto

sperimentale per la gestione della logistica di reparto con i seguenti obiettivi: semplificare le attività di pianificazione delle scorte e di riordino a livello di reparto; garantire scorte di reparto commisurate alla reale domanda dei beni di consumo e alla capacità e tempestività di ripristino da parte del Magazzino centralizzato; livellare e semplificare l'intera catena logistica a monte; garantire tracciabilità e sicurezza dei beni. Nella propria offerta tecnica la Ditta Aggiudicataria ha presentato una progettualità di massima, che va sottoposta a customizzazione ed approfondimento con il coinvolgimento di ASUGI come sito presso cui attivare il progetto sperimentale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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

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

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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	collaborazione con ARCS

11 ATTIVITÀ DI RICERCA E INNOVAZIONE

11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione

ASUGI garantisce impegno nel favorire lo sviluppo della Ricerca e Innovazione per elevare le performance del settore socio-sanitario e che incentivino la collaborazione tra il sistema sanitario e socio-sanitario, il sistema produttivo e della ricerca, nel rispetto della normativa che regola la gestione e la privacy dei dati sanitari nell'ambito della programmazione regionale.

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

ASUGI, coordinata e monitorata da ARCS, si impegna ad avviare un percorso che tenda nel tempo ad avvicinarsi alle tempistiche previste dalla normativa.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target ASUGI
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
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
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

LE LINEE PROGETTUALI: Modello di gestione.

Al fine di favorire il perseguimento degli obiettivi delle linee progettuali contenuti nel presente Piano, nonché di favorire il corretto espletamento delle attività di monitoraggio della programmazione aziendale per l'anno 2025, viene introdotto un modello di gestione che prevede per ogni obiettivo delle linee progettuali l'individuazione di un Responsabile.

Al Responsabile dell'obiettivo è attribuito il mandato di garantire il raggiungimento del risultato atteso entro il termine previsto dall'obiettivo assegnato del Piano Attuativo e di coordinare le attività delle articolazioni aziendali coinvolte nell'obiettivo stesso. Tra le funzioni ad esso assegnate:

1. Verificare che l'attività prevista dall'obiettivo venga realizzata entro il termine previsto e che il target venga rispettato;
2. Garantire le attività di monitoraggio trimestrale e rendicontazione a consuntivo dell'obiettivo rispettando i tempi previsti, in raccordo con la S.C Programmazione e Controllo di Gestione.
3. Evidenziare tempestivamente le criticità rilevate e relazionare su richiesta in merito all'obiettivo alla Direzione Strategica e alla S.C Programmazione e Controllo di Gestione;
4. Garantire la raccolta della documentazione necessaria e sufficiente e la produzione omogenea e unitaria della documentazione, nonché la sua trasmissione nei tempi secondo quanto previsto dall'obiettivo;
5. Qualora l'obiettivo coinvolga più servizi o strutture, il Responsabile coordina le azioni da realizzare per il conseguimento del target assegnato, il Referente ha la funzione coordinare le attività di monitoraggio e misurazione in relazione all'obiettivo.

Verrà garantita nel corso del 2025 l'attività di monitoraggio interno mediante l'analisi dei dati di attività e degli indicatori di performance con invio periodico di report sull'andamento dell'attività degli obiettivi strategici o prioritari, l'individuazione delle criticità, l'analisi delle criticità, la definizione di azioni correttive anche mediante incontri specifici sui temi critici o prioritari individuati.

VINCOLI GESTIONALI

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, in attuazione degli indirizzi di programmazione definiti dalla D.G.R. 2052 dd. 30/12/2024, ASUGI porrà in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei vincoli di seguito esposti.

Spesa per il personale.

Si rimanda alla relazione sulla manovra del personale.

Farmaceutica

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, l'Azienda porrà in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali con riferimento ai seguenti vincoli operativi: - tenuto conto delle nuove terapie LEA che vengono ammesse alla rimborsabilità da parte di AIFA in corso d'anno, nonché delle estensioni di indicazione terapeutica per medicinali già ammessi alla rimborsabilità, per la Farmaceutica il vincolo è determinato sulla spesa complessiva 2024 + un incremento massimo del 2,5%. La spesa complessiva 2024 come da Tabella di seguito riportata è calcolata a partire dai dati registrati nel periodo gennaio-settembre 2024 proiettati al 31.12.2024.

SPESA FARMACEUTICA COMPLESSIVA			
Gennaio- Dicembre 2024	Gennaio- Dicembre 2025	Δ	Δ% - vincolo
151.182.266	154.961.822	3.779.557	2,5%

La spesa complessiva è composta dai seguenti canali:

Farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate (Fonte dati: Portale Farmaceutica FVG);

Farmaceutica distribuzione per conto attraverso le farmacie convenzionate (Fonte dati: GOpen DPC);

Farmaceutica territoriale diretta 90%, per residenza del paziente: sono esclusi i pazienti extraregione, i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni), la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno e la quota degli innovativi, coperte da specifico finanziamento regionale, erogate in diretta a residenti FVG (Fonte: flussi NSIS+ "minsan fittizi");

Farmaceutica ospedaliera non onco + 10% diretta non onco per residenti: sono esclusi i pazienti extraregione, i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresa la quota in DPC presso ASU GI.), i medicinali per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro, i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da specifico finanziamento regionale (Fonte dati: Flussi N-SIS + "minsan fittizi");

Farmaceutica ospedaliera onco + 10% diretta onco per residenti: nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC II L01 (Farmaci Antineoplastici) e L02 (Farmaci per la terapia endocrina) mentre per quanto riguarda le categorie L03 (Farmaci Immunostimolanti) L04 (Farmaci Immunosoppressivi) solamente INTERFERONE α , ALDE5LEUCHINA, BACILLO CALMETE GUERRIN (BCG), MIFAMURTIDE, PLERIXAFOR, LENALIDOMIDE, TALIDOMIDE e POMALIDOMIDE e V-Vari - LUTEZIO (177LU) OXODOTREOTIDE e RADIO-223RA-DICLORURO; sono stati quindi esclusi quei farmaci che, pur appartenendo alla classe ATC L dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, hanno indicazioni diverse (Es: malattie reumatiche, trapianto, ecc.). Sono escluse da tale ambito le terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T e gli innovativi

oncologici coperti specifico finanziamento regionale (solo indicazioni innovative). (Fonte dati: Flussi N-SIS + "misan fittizi").

Dispositivi medici

In sede di monitoraggio trimestrale, verrà individuato separatamente anche il consumo di dispositivi collegati a contratti di service ai fini di una valutazione da parte della Direzione centrale con il supporto di ARCS, riguardo l'eventuale reinternalizzazione di tali contratti ed una conseguente maggior standardizzazione regionale del fabbisogno di dispositivi al fine di conseguire adeguate economie di scala e di costo, anche con particolare riguardo ai contratti di service di laboratorio.

Prestazioni ambulatoriali

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

Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche

Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi non superiori a quelli sostenuti nell'anno 2024.

Acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati

In attuazione delle modifiche introdotte dalla Legge Regionale n. 3/2024, art. 153, per assicurare il rispetto dei vincoli di spesa relativi all'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, sia per l'assistenza specialistica ambulatoriale che per quella ospedaliera, il tetto di spesa per tali acquisti è fissato al 6% del Fondo sanitario regionale di parte corrente.

In mancanza di una programmazione regionale specifica, gli spazi di spesa all'interno del tetto complessivo di spesa regionale sono ripartiti tra le Aziende Sanitarie in misura proporzionale al finanziamento sanitario indistinto assegnato a ciascuna di esse.

Contenimento della spesa e spending review

Gestione Infrastrutture ed Impianti

Area Giuliana

La programmazione preventiva 2025 è stata redatta in linea con il bilancio preconsuntivo dell'anno appena concluso ed alla luce della stabilizzazione dei costi dei vettori energetici avvenuta nel corso di esercizio.

Considerato il vincolo di spesa per le attività manutentive fissato alla somma dei costi del 2024, a causa dell'aumento dell'inflazione e del costo della manodopera i costi rivalutati dei contratti già in essere pongono criticità sul rispetto del vincolo stesso.

Gli interventi eseguiti presso i nosocomi di Trieste nell'ambito della concessione dei servizi finalizzati al risparmio energetico, contribuiscono in maniera significativa alla riduzione dei consumi (energia elettrica, acqua e gas).

Si ritiene significativo, infatti, evidenziare l'oggettiva mitigazione dell'aumento dei costi riferibili all'approvvigionamento dei vettori energetici (energia elettrica, acqua e gestione calore), che in assenza degli interventi sopracitati risulterebbero ben maggiori e comporterebbero un ulteriore aggravio della spesa dell'Azienda.

La riduzione dei consumi, e di conseguenza degli sprechi, andrà ricercata nelle azioni di contenimento adottate in termini generali sia mediante il ricorso al contratto di concessione di servizi rivolto alle sedi ospedaliere, che con azioni strutturali finalizzate al risparmio energetico, ha visto ulteriori benefici anche peraltro in termini di minore inquinamento ambientale.

Area Isontina

In relazione alla spending review, si conferma che nel corso del 2025 proseguiranno le azioni attuate dal 2012 conformemente a quanto disposto dal DL 95/2012, convertito con L. 135/2012, e dal DL 78/2015, convertito con L. 125/2015.

Appare opportuno evidenziare che l'approvvigionamento di beni e servizi avviene, per la maggior parte, sulla base di contratti attivati tramite convenzione Consip o mediante acquisti centralizzati presso l'ARCS e, pertanto, non soggetti a rinegoziazioni da parte delle Aziende.

L'unico contratto in essere, ereditato, dall'ex AAS 2, è quello relativo alla gestione edile ed impiantistica del patrimonio immobiliare dell'area Isontina. Tale servizio è già stato soggetto negli ultimi anni di azioni di spending review.

Il contratto in essere, ereditato, dall'ex AAS 2, relativo alla gestione edile ed impiantistica del patrimonio immobiliare dell'area Isontina, tale servizio è già stato soggetto negli ultimi anni di azioni di spending review.

Per quanto concerne appalto SIRAM è stato confermato lo sconto applicato dando anche per il 2025, in particolare le seguenti attività edili ed impiantistiche:

- appartamento sito in via IX agosto a Gorizia, nuova sede del servizio di Neuropsichiatria Infantile;
- laboratorio di microbiologia sito al 2° piano del Presidio Ospedaliero di Monfalcone, all'interno del contratto manutentivo in essere;
- appartamento sito in Via Cipriani a Gorizia;
- il servizio di pronta reperibilità riguardante anche altre sedi Aziendali non presenti all'interno del contratto manutentivo originario.

Il risparmio ipotizzato sarà pari a € 14.000 oltre iva di legge.

La SC Edilizia e Impianti Area Isontina ha aggiudicato il PPP per AREA ISONTINA per cui i risparmi indicati saranno attivi in percentuale alla data di attivazione del PPP

L'applicazione di questa ipotesi contrattuale, una volta entrata a regime, oltre che a comportare un risparmio sulla spesa storica degli ultimi anni, senza ulteriori costi, consentirà di ottenere un miglioramento del microclima interno degli edifici ma anche una maggior sicurezza nella fruizione degli stessi, porterà ad importanti minori spese, soprattutto in riferimento al minor consumo di energia elettrica dovuti all'efficientamento energetico, per un importo medio annuo, per il periodo di 15 anni dal 2025 -2039 rispetto al 2020 pari a € 249.228,63 oltre iva.

La previsione del bilancio 2025 è stata redatta in linea al consuntivo dell'annualità precedente e con gli aumenti di spesa previsti del 20% e come da indicazioni è stata aggiunta una previsione dedicata per le attività del CISI.

Anche per Area Isontina sono stati ripristinati i vincoli di bilancio sui conti riferiti alla "Manutenzione e riparazione ai fabbricati" e "Impiantistica Varia" come indicato nelle linee annuali aggiornate al 2015.

Anche per il 2025 la SC si impegnerà negli affidamenti di forniture di beni e servizi agli operatori economici per le procedure di gara di competenza a richiedere la scontistica da applicare nel corso dell'anno.

I risparmi effettivi sul bilancio 2025 saranno relazionati sul relativo consuntivo di riferimento.

Ingegneria clinica

Per quanto concerne i contratti di manutenzione delle apparecchiature biomedicali di particolare rilevanza le condizioni economiche praticate potrebbero subire degli incrementi rispetto il 2024, in considerazione degli aumenti generalizzati del periodo e che sono nuovi contratti derivanti da gare centralizzate. Si cercherà di contenere al minimo tali incrementi, pur mantenendo gli stessi livelli del servizio.

Analogamente per quanto riguarda i nuovi contratti di noleggio di apparecchiature biomedicali senza materiali di consumo dedicati.

Per quanto concerne i materiali e i ricambi e le richieste di intervento, nella procedura per l'acquisizione viene richiesto all'aggiudicatario l'applicazione di una riduzione del prezzo, che nella maggior parte dei casi viene accettata.

Riduzioni ulteriori andrebbero a discapito sia della sicurezza di pazienti e operatori sia sulla continuità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Informatica e telecomunicazioni

Per quanto riguarda l'acquisto di beni dalle Convenzioni Consip non ci sono margini di contrattazione, del resto i costi sono molto inferiori rispetto ai prezzi di mercato (anche l'80% in meno).

Sugli accordi quadro strutturati a consumo con team ottimale di erogazione dei servizi si contrattano i risultati prima del piano dei fabbisogni, per esempio il piano dei fabbisogni di sicurezza da remoto lotto 2 proposto da Deloitte a €3.765.000iva esclusa è stato ridotto a €2.780.000 pur nella accettazione della stessa che sia possibile da questo ottenere i risultati.

Ogni acquisto di beni e servizi IT, al di fuori dalla Convenzioni e dagli Accordi quadro Consip, viene contrattato puntualmente previamente con i fornitori ottenendo così il miglior prezzo.

Provveditorato ed economato

L'adozione di misure di spending review è finalizzata a garantire una maggior efficienza nella gestione delle risorse, senza compromettere la qualità dei servizi offerti all'utenza. Tali misure, tuttavia, devono necessariamente avvenire nel rispetto delle norme contenute nel D.Lgs. 36/2023, che disciplina i contratti pubblici e impone vincoli precisi sulla gestione del costo del personale, sull'applicazione degli incrementi conseguenti l'applicazione degli indici ISTAT, nonché di situazioni contingenti che determinano un incremento significativo dei fattori produttivi.

Nel corso del 2025 si dovrà tener conto dell'incremento del costo di alcuni servizi determinato dall'aumento del CCNL delle cooperative sociali (con percentuale variabile in relazione ai diversi livelli di inquadramento da un minimo del 12,38% e a scaglioni), dall'applicazione degli aumenti ISTAT e da un generale aumento dei costi dei fattori produttivi che inevitabilmente incidono anche sui contratti di fornitura.

Fermo il rispetto dei vincoli stringenti sulla gestione del costo del personale di cui al D.lgs. n.36/2023, proseguiranno le politiche di contenimento dei costi ridefinendo con i responsabili delle diverse strutture le attività oggetto dei singoli appalti, rimodulando le prestazioni in base alle attuali necessità in un'ottica di ottimizzazione dei servizi appaltati e di efficientamento delle risorse disponibili.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra sono state condotte rinegoziazioni con gli attuali fornitori che si sono concluse positivamente per i contratti ancora attivi.

Per taluni contratti di servizi si proseguirà nella ricerca di una miglioria contrattuale che porti quanto meno a contenere i possibili incrementi di spesa al di sotto del tasso di inflazione, soprattutto in appalti di particolare impatto economico (es. Pulizie, sterilizzazione), anche negoziando il posticipo dell'applicazione dell'aggiornamento Istat (es. Lavanderia).

Relativamente alla logistica di magazzino, alcuni servizi in precedenza esternalizzati sono inseriti nel contratto di logistica aziendale, razionalizzando così tutte le attività del percorso logistico in capo ad un unico fornitore, migliorando il controllo sulle consegne dei beni sia dal magazzino centralizzato che da operatori esterni.

Relativamente ai contratti aggiudicati da ARCS in qualità di centrale di committenza regionale, la negoziazione è condotta dalla centrale, così come l'istruttoria precedente l'avvio delle nuove procedure di gara di recente aggiudicazione. ASUGI darà attuazione alle indicazioni di ARCS.

Le strategie adottate dovranno consentire di ottenere dei risparmi senza incidere negativamente sulla qualità dei servizi sanitari e sulle condizioni lavorative del personale coinvolto negli appalti.

Esternalizzazione servizio infermieristico presso il carcere di Trieste e Gorizia

L'esternalizzazione del servizio di assistenza infermieristica presso il carcere di Trieste, finora svolta con personale dipendente, è stata determinata dalla grave carenza di personale infermieristico.

Rilevato che il servizio in questione risulta di notevole impatto sia dal punto di vista psicologico che sociale ed è complementare ed indispensabile per garantire la correttezza e la continuità delle cure da erogarsi ad un'utenza considerata nella sua particolarità come ad "alto rischio" e alla luce delle motivazioni di cui sopra, è stata avviata una procedura di acquisto per l'affidamento del "servizio di assistenza infermieristica rivolta ai detenuti ed agli internati presso la Casa Circondariale di Trieste e Gorizia attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie nel rispetto delle esigenze di sicurezza, garantendo un adeguato percorso di prevenzione, cura e riabilitazione e assistenza sanitaria" in area giuliana e in area isontina dove il servizio, già esternalizzato, risultava in scadenza. La procedura della durata di dodici mesi verrà aggiudicata entro aprile 2025.

Dalla esternalizzazione di cui sopra non conseguirà la riduzione temporanea dei fondi che interviene a seguito della valutazione dell'impatto sulla dotazione organica e dell'eventuale congelamento dei posti e non è questo il caso.

RELAZIONE DESCRITTIVA MANOVRA DEL PERSONALE 2025

Il contesto di riferimento

La manovra del personale 2025 viene impostata coerentemente con il contesto delineato dalle "Linee annuali per la gestione del S.S.R. anno 2025", adottate in via definitiva con D.G.R. n. 2052 del 30.12.2024, le quali forniscono gli indirizzi per la programmazione regionale ai sensi dell'articolo 47 della L.R. 22/2019, stabilendo le linee di azione e organizzazione prioritarie del Sistema Sanitario Regionale, pur non esaustive delle attività e dei servizi da garantirsi in adempimento della normativa statale e regionale e per assicurare i livelli essenziali di assistenza, nonché ogni altra attività e funzione finanziata dal bilancio regionale, indicando le priorità che la Regione pone nella sua funzione direzionale.

Principali linee di attività inerenti il personale

Anche nella gestione delle risorse umane l'Azienda intende concentrarsi in particolare sulle seguenti linee strategiche fondamentali:

- riordino dei servizi sociosanitari in materia di disabilità, nell'ambito degli adempimenti introdotti dalla L.R. 14 novembre 2022, n. 16;
- contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste d'attesa, di cui alla D.G.R. 21/2025 e nell'ambito della L.R. 22/2019.

Peraltro, l'assolvimento delle suddette linee programmatiche e, più in generale, delle attività e dei servizi che devono essere garantiti in adempimento della normativa statale e regionale, con particolare riferimento al mantenimento dei L.E.A., dovrà necessariamente essere temperato con il rispetto dei vincoli disposti dalle citate Linee per la gestione, di cui si dirà nel prosieguo.

L.R. 14 novembre 2022, n. 16 "Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia"

Un ulteriore e rilevante adempimento strategico per l'anno 2025 concerne la necessaria attuazione di quanto previsto dalla L.R. 16/2022, anche tenendo conto delle successive indicazioni applicative fornite con D.G.R. n. 1690 dd. 30.10.2023 e con D.G.R. n. 1691 dd. 30.10.2023. In base a detta normativa regionale, dal 1 gennaio 2025 la titolarità dei servizi e degli interventi, in quanto riconducibili ai livelli essenziali di assistenza di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, di tipo residenziale e semiresidenziale, terapeutico riabilitativi e socioriabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo, in capo al Comune, è attribuita alle Aziende sanitarie regionali.

Si ricorda che, in primis, l'A.S.U.G.I. ha provveduto a riorganizzare i servizi coinvolti, con l'istituzione della Struttura Complessa "Disabilità e Disturbi del Neurosviluppo dell'Adulto", collocata in afferenza alla Direzione dei Servizi Sociosanitari, con ridefinizione del proprio mandato e delle proprie funzioni in applicazione della riforma in parola, mediante modifica dell'Atto Aziendale approvata con Decreto n. 767 dd. 4.10.2024.

Nell'ambito di tale riordino, a decorrere dal 1 gennaio dell'anno in corso, è già avvenuto il transito alle dipendenze dell'A.S.U.G.I. di 35 dipendenti del C.I.S.I. ferma restando la perdurante applicazione della vigente

Contrattazione Nazionale del comparto di provenienza. In linea con le indicazioni attuative pervenute, detto personale viene contabilizzato separatamente nell'ambito del Bilancio di Previsione e non concorre al computo del tetto di spesa sul personale.

In considerazione della rilevanza del nuovo modello organizzativo da mettere a sistema con l'entrata a regime della riforma, con nota prot. 61426 del 17.07.2024, l'Azienda aveva rappresentato alla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità l'esigenza di prevedere sin dall'ultimo quadrimestre del 2024 il reclutamento di un primo nucleo di figure professionali funzionali a garantire la presa in carico progressiva delle attività, così configurato:

- 1 dirigente medico psichiatra
- 2 dirigenti psicologi
- 1 Logopedista
- 2 Tecnici Riabilitazione Psichiatrica
- 1 Terapista Occupazionale
- 4 Collaboratori Amministrativi Professionali.

Con la citata comunicazione, l'Azienda aveva inoltre richiesto l'innalzamento del tetto di spesa in considerazione della necessità di acquisire tali risorse. Il suddetto personale è stato quindi computato nella dotazione di personale di cui al Piano Triennale rimodulato nell'ambito del "Rendiconto economico infrannuale al 30.09.2024 e proiezione annua" approvato dall'A.S.U.G.I. con Decreto n. 848 dd. 31.10.2024, trovando compatibilità con i vincoli economici a seguito della ridefinizione degli stessi attuata con D.G.R. 1446 del 4.10.2024. Le suddette acquisizioni sono pertanto state avviate e in parte già realizzate.

In considerazione della rilevante riorganizzazione dei servizi coinvolti, da attuare con l'entrata a regime della riforma, occorre a questo punto prevedere un'ulteriore fase di reclutamento di figure professionali che garantiscano la presa in carico progressiva delle attività rientranti nel transito delle funzioni, la cui necessità è stata attestata dal direttore della S.C. "Disabilità e disturbi del neurosviluppo dell'adulto", nei termini seguenti:

- 1 dirigente medico internista o neurologo
- 8 dirigente psicologo
- 2 Assistente sociale
- 1 Infermiere o Assistente sanitario
- 2 Fisioterapista
- 1 Logopedista
- 3 Tecnico Riabilitazione Psichiatrica
- 1 Terapista Occupazionale
- 1 Assistente Amministrativo Professionale.

Detta manovra comporterebbe un costo su base annua pari a € 995.515, in relazione al quale si richiede un adeguamento del tetto di spesa o, in alternativa, la possibilità di portare in detrazione i relativi costi, trattandosi a tutti gli effetti di un fabbisogno ulteriore rispetto alla situazione antecedente la L.R. 16, correlato al trasferimento di un consistente ambito di attività da altra Amministrazione.

Contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste d'attesa

Come noto, le Linee di gestione 2025 prevedono per i programmi di recupero delle liste di attesa specifiche quote finalizzate all'interno del finanziamento indistinto rientranti nei seguenti due ambiti:

- "Fabbisogno per piano operativo per recupero liste di attesa";
- "Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste d'attesa".

In linea con le linee di indirizzo e direttive regionale fornite con recente D.G.R. n. 21 del 14.01.2025, l'A.S.U.G.I. ha predisposto il Programma attuativo aziendale sul contenimento dei tempi di attesa per l'anno in corso, allegato al presente Piano Attuativo. Va preliminarmente osservato come, secondo le predette Linee di indirizzo regionali di cui alla D.G.R. 21/2025, tutti i modelli organizzativi e strumenti aziendali utilizzabili vanno preliminarmente ed autonomamente definiti dal Direttore Generale.

Al momento, è stato destinato l'intero finanziamento di cui al suddetto primo punto, pari a € 3.688.084,81 all'acquisto di prestazioni aggiuntive finalizzate a tale filone di attività, computate nella spesa temporizzata del 2025 ed in quadratura con il relativo conto Economico, portando contestualmente tale importo in detrazione, come evidenziato nell'allegata tabella T.20H.

Ai sensi delle indicazioni metodologiche integrative fornite dall'A.R.C.S. con nota prot. 8323 dd. 24.02.2025, può essere portato in detrazione il costo IRAP per le prestazioni aggiuntive della dirigenza sanitaria, il costo delle prestazioni aggiuntive e relativo IRAP del personale del comparto nonché il costo del personale a tempo determinato eventualmente assunto nell'ambito del Piano finalizzato al contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste d'attesa e rientrante nel relativo finanziamento. Pertanto, ci si riserva l'eventuale possibilità di integrare detto Piano, prevedendo altresì alcune assunzioni a tempo determinato che si rendessero necessarie, sempre nell'ambito del finanziamento previsto.

La programmazione complessiva del personale dipendente

Tenendo presente i fabbisogni di personale correlati alle attività sanitarie di carattere ordinario e accertato il rispetto dei vincoli di spesa, nella presente manovra viene programmato in primis il mantenimento dei contingenti di personale programmati al 31.12.2024, con riferimento alla dotazione formalizzata nel Piano Triennale approvato da ultimo con Decreto n. 963 dd. 04.12.2024.

Pertanto, la manovra del 2025 prevede in primis la copertura dei posti ancora vacanti sui quali non è stato possibile realizzare le assunzioni nel corso del 2024, compresa quindi la sostituzione delle cessazioni avvenute nel medesimo anno e le marginali azioni di incremento previste.

In secondo luogo, si prevede la sostituzione delle uscite di personale a vario titolo che si registreranno nel 2025, naturalmente salvo riorganizzazioni qualitative funzionali all'organizzazione e funzionalità dei servizi e necessarie per il rispetto dei vincoli.

Viene infine programmata una limitata manovra di incremento quantitativo rispetto al precedente P.T.F.P., in ogni caso rispettosa del vincolo di spesa di cui alla D.G.R. 2052.

In alcuni casi, la manovra assunzionale dovrà tener conto dell'esigenza di sostituzione di personale assente a qualsiasi titolo, per lungo periodo, considerando che sovente tali situazioni mettono in seria difficoltà i servizi sanitari coinvolti, rischiando di compromettere la puntuale risposta ai bisogni dell'utenza e le liste d'attesa. Tali assunzioni avverranno a tutti gli effetti quale supplenza formalmente esplicitata nel contratto come previsto dai vigenti CCNL, in modo che l'eventuale rientro del titolare comporti l'automatica decadenza del sostituto e non generi alcuna artificiosa duplicazione del personale. Come si ribadirà a seguire, nel capoverso dedicato

alle modalità di computo dei costi, si propone di non considerare rientranti nel P.T.F.P. tale tipologia di sostituzione e la relativa spesa, considerando che le unità di personale assunte quale supplenza coprono di fatto il medesimo posto.

Preme sottolineare come l'Azienda ha stilato una capillare analisi delle dotazioni organiche per singola struttura, ricavandone i contingenti di personale al momento necessari per il corretto funzionamento dei servizi, che verranno realizzati per quanto compatibili con i vincoli di spesa, in applicazione dei monitoraggi che verranno realizzati in corso d'anno.

Un tanto porta alla dotazione di personale risultante dalle tabelle allegate, rappresentanti la proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni, con le motivazioni e considerazioni descritte a seguire.

I costi del personale

Si rileva che le "Linee annuali per la gestione del S.S.R. anno 2025" di cui alla D.G.R. 2052, hanno ridefinito il tetto di spesa assegnato all'A.S.U.G.I., incrementando l'importo precedentemente stabilito con D.G.R. 1446 del 04.10.2024 nella misura corrispondente agli intervenuti rinnovi contrattuali della Dirigenza dell'Area Sanità e della Dirigenza delle Funzioni Locali, nonché all'incremento dei fondi contrattuali ai sensi dell'art. 1 c. 435 L. 205/2017; pertanto il vincolo è ora fissato in **€ 351.329.677,30**.

Come definito dalle citate Linee, non sono più oggetto di detrazione per il rispetto del vincolo, come avveniva negli esercizi precedenti, le seguenti voci che rappresentano costi consolidati e già certificati:

- rinnovi contrattuali post 2004 e fino al 2009;
- rinnovo trienni 2016-2018 e 2019-2021 CCNL comparto;
- rinnovo triennio 2016-2018 e 2019-2021 CCNL dirigenza sanità;
- rinnovo triennio 2016-2018 e 2019-2021 CCNL dirigenza funzioni locali;
- incremento indennità di esclusività L. 178/2020 art. 1 c. 407;
- incremento fondi art.1 c. 435 L. 205/2017 per la parte consolidata.

Al contrario, nel computo della spesa di personale, come da indicazioni metodologiche e relative tabelle di rappresentazione dei dati, trasmesse dall'A.R.C.S. con successive comunicazioni, al fine del rispetto del suddetto vincolo economico non rientrano le seguenti voci di costo di attuale interesse dell'A.S.U.G.I.:

- categorie protette nel limite della quota dell'obbligo
- personale a carico di finanziamenti comunitari o privati;
- rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale monitorati;
- costi personale a carico di finanziamenti extra fondo D.G.R. n. 2052/2024 (Tabella 3 pag. 120/121);

Si precisa che, nella compilazione delle tabelle regionali di monitoraggio del tetto di spesa, in applicazione dei criteri dettati dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità negli esercizi precedenti (nota prot. 310219 dd. 26.05.2023) e come già formalmente previsto nei documenti di bilancio e rendiconti infrannuali degli anni scorsi, sono stati portati in detrazione, nella riga appositamente dedicata relativa ai finanziamenti comunitari e privati, i costi di personale riconducibili alle seguenti progettualità ed attività:

- Protocollo per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica odontoiatrica in area a pagamento;
- Fondi "Lascito Cominotti" e "Quote inutilizzate di contributi vincolati – Sperimentazioni" (Ematologia);
- Personale finanziato nell'ambito della Convenzione tra la Regione F.V.G. e l'A.S.U.G.I. per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della D.G.R. 2429/15 e degli ulteriori strumenti a supporto dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità;

- Personale finanziato nell'ambito della Convenzione tra la Regione F.V.G. e l'A.S.U.G.I. per la prosecuzione della "Rete per la lingua slovena nella P.A. del Friuli Venezia Giulia", ai sensi degli articoli 19 e 19 bis della legge regionale 16 novembre 2007, n. 26;
- Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) di cui al Decreto regionale n. 29958 del 14.12.2022 e s.m. e i.;
- "Programma regionale 2019-20 Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA);
- Progetto "Capitalizzazione delle migliori pratiche per la gestione delle maxi-emergenze nell'Area transfrontaliera – AidMIRE" nell'ambito del Programma per la Cooperazione VI-A Italia Slovenia 2021-2027;
- Progetto "Sperimentazione del «Budget di Salute» quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze" - Programma di attività 2022 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM);
- Progetto di ricerca volto al supporto dell'attività clinica personalizzata di medicina respiratoria tramite metodi di intelligenza artificiale e machine learning (finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Trieste);
- Fondi derivanti da donazioni e lasciti alla S.C. Oncologia
- Fondo Sanità Pubblica e presa in carico territoriale in tutte le età della vita delle persone con disturbi dello spettro autistico
- "Fondo nazionale politiche della famiglia per l'anno 2020", di cui al Decreto regionale n. 2484/SPS dd. 20.11.2020 e s.m. e i.;
- Cura consapevole nell'ambito delle attività previste dal D.M. 29.07.2022 e dalla D.G.R. n. 100 dd. 26.01.2023;
- Progetto "Territori Autism friendly" nell'ambito della D.G.R. n. 1411 dd. 08.09.2023;
- Progetto "Ecosistema transfrontaliero per l'innovazione e la sostenibilità nelle catene del valore del settore food (acronimo FOODIS)", nell'ambito del Programma per la Cooperazione Interreg VI-A Italia-Austria 2021-2027;
- Progetto "Formazione in celiachia" nell'ambito delle azioni previste dalla L. 123/05;
- Organizzazione di percorsi terapeutici e riabilitativi di Cura e Diagnosi per le persone affette da Fibromialgia di cui al Decreto n. 59791/GRFVG del 7.12.2023.

Inoltre, sono stati portati in detrazione nelle apposite righe delle tabelle T.20G e T.20H i costi del personale reclutato nell'ambito delle seguenti "finalizzazioni extra-fondo" riportate nella tabella 3 delle Linee per la gestione:

- Programma Regionale di Odontoiatria Pubblica di cui alla D.G.R. n. 1334 dd. 31.7.2019;
- Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS.

L'Azienda si riserva di prevedere nel prosieguo ulteriori filoni di detrazione, in relazione ai progetti specificamente finanziati che verranno avviati in corso d'anno, sempre in ossequio alle citate indicazioni regionali.

Oltre alle suddette voci di detrazione, in ogni caso valevoli, in sede di costruzione della manovra sono state applicate le disposizioni operative differenziate per le tre annualità a regime del P.T.F.P. rispetto alla rappresentazione del costo stimato dell'anno 2024, con i criteri di seguito riassunti:

Costi a regime P.T.F.P. 2025-27 (Tabella T.20G):

- il costo è stato rappresentato su base annua per tutte le figure in dotazione, con riferimento al "Full time equivalent". All'interno di tale voce si è tenuto ragionevolmente conto, oltre che del personale in servizio a tempo parziale, di quello collocato in aspettativa senza assegni con data di scadenza non precedente al 31.12.2025 (allo stato 8 unità delle aree Dirigenziali e 5 unità del comparto). Si precisa che, in caso di rientro nelle annualità di riferimento, tale personale verrà collocato su posti che si renderanno vacanti nelle rispettive annualità, senza pertanto incrementi di costo;
- si propone altresì di non considerare rientranti nel P.T.F.P. e pertanto non computare i relativi costi, le unità di personale assunte quale supplenza di personale assente a qualsiasi titolo, coprendo di fatto il medesimo posto; tale misura verrebbe adottata laddove assolutamente necessaria al funzionamento dei servizi, mediante sostituzione formalmente indicata nel contratto, in modo che l'eventuale rientro del titolare comporti l'automatica decadenza del sostituto;
- i costi sono comprensivi del personale in utilizzo presso Direzioni regionali, la cui spesa è portata in detrazione;
- i costi sono altresì comprensivi del personale con contratti di lavoro autonomo non a copertura di posti vacanti;
- non è stato riportato in questa sezione il costo del personale somministrato;
- non sono stati riportati in questa sezione i costi relativi alle prestazioni aggiuntive;
- sono stati inclusi e parimenti portati in detrazione i costi relativi a personale a carico di finanziamenti extra fondo di cui alla D.G.R. 2052/2024 (tab. 3) in quanto rientranti nelle progettualità regionali.

Costi anno 2025 "temporizzati" in quadratura con il modello C.E. (Tabella T.20H):

- i costi sono stati computati tenendo conto delle dinamiche e tempistiche assunzionali e delle cessazioni previste nel 2025, delle quali è stata sostanzialmente programmata la sostituzione;
- i costi non comprendono quelli riferiti al personale in utilizzo presso Direzioni regionali, che verranno inseriti nei successivi report trimestrali a seguito dell'imputazione del relativo ricavo;
- sono inclusi i costi riferiti al personale somministrato ed al personale con contratti di lavoro autonomo non a copertura di posti vacanti nel PTFP 2025/2027;
- sono inclusi e contestualmente portati in detrazione i costi finalizzati alle prestazioni aggiuntive per abbattimento liste di attesa (intero costo del personale del comparto e solo IRAP del personale dirigente) come meglio specificato nel capitolo dedicato;
- sono inclusi i costi finalizzati alle prestazioni aggiuntive da attivare nell'ambito dei servizi di emergenza-urgenza, in coerenza con le disposizioni vigenti. La previsione di costo è stata quantificata prevedendo il ricorso alle suddette prestazioni in misura necessaria ad assicurare la funzionalità dei servizi, rispetto alle tempistiche correlate all'acquisizione del personale previsto nella manovra, ricorrendo alla possibilità di aumentare la tariffa oraria come riportato nei costi indicati nell'allegata tabella T.20F.
- sono stati inclusi e parimenti portati in detrazione i costi relativi a personale a carico di finanziamenti extra fondo di cui alla D.G.R. 2052/2024 (tab. 3) in quanto rientranti nelle progettualità regionali.

A seguito dell'applicazione dei suddetti criteri, si evidenzia in proiezione il pieno rispetto del tetto di spesa sopra richiamato, come evidenziato nelle allegate tabelle di monitoraggio, sia nel vincolo riferito al 2025 (in quadratura con il C.E.) che in quello a regime, correlato al P.T.F.P.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Si ricorda che, con Decreto n. 963 dd. 04.12.2024, è stata approvata l'ultima versione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024 – 2026, di cui agli artt. 6 e 6-ter del D.Lgs. 165/2001 s.m.e.i., in relazione a modalità e criteri definiti con l'allora vigente D.G.R. n. 48 del 19.01.2024 recante "Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024", nonché tenendo conto della modifica al vincolo di spesa disposta dalla già citata D.G.R. n. 1446/2024.

Nell'ambito della Manovra del Personale di cui al Piano Attuativo 2025 si rende ora necessario pervenire all'approvazione del nuovo P.T.F.P. per le annualità 2025-27, nel rispetto dei vincoli di spesa diramati con le Linee per la Gestione del corrente anno ed in applicazione delle necessità dell'Azienda in termini di sostituzione del personale in cessazione nell'anno in corso, di stabilizzazione del personale precario rientrante nel fabbisogno a regime, nonché di assunzioni aggiuntive indispensabili al funzionamento dei servizi sanitari, sociosanitari e di supporto ed al mantenimento dei L.E.A.

Detta programmazione porta ad un piano che prevede una stima di chiusura del 2025 a complessive 6.407 unità di personale dipendente, come da allegate tabelle analitiche del Piano Triennale, predisposte sui modelli regionali.

La dotazione rappresentata potrà essere oggetto di revisione quali-quantitativa, in relazione alle esigenze dei servizi ed alle dinamiche del personale in entrata e in uscita, fermo restando il rispetto dei vincoli nel tempo vigenti.

Regole assunzionali per il personale amministrativo

Le Linee per la Gestione 2025 dispongono una nuova modalità di definizione del vincolo inerente il personale amministrativo, stabilendo che il numero di dipendenti di tale ruolo in servizio al 31.12.2024 rappresenta il valore di riferimento, che non potrà essere superato nel 2025, salvo in presenza di scelte organizzative e gestionali specifiche. Tali scelte, qualora ritenute necessarie, dovranno essere descritte in dettaglio nel piano annuale, indicando le motivazioni, gli obiettivi e gli impatti previsti. È fondamentale, evidenzia il testo delle Linee, che queste scelte siano strutturate "in modo tale da non compromettere la disponibilità e la manovrabilità delle risorse destinate al personale sanitario, che deve rimanere prioritario nella pianificazione strategica e operativa del sistema sanitario regionale" e che "ogni variazione sia accompagnata da un'analisi approfondita, che dimostri chiaramente l'assenza di effetti negativi sull'efficienza e sulla qualità dei servizi sanitari".

In relazione alle suddette considerazioni, va evidenziato come l'A.S.U.G.I. abbia sempre applicato i principi sopra evidenziati, programmando un adeguato numero di assunzioni di personale sanitario, sempre nel rispetto dei vincoli. L'insussistenza di qualsiasi ipotesi di compressione della dotazione di professionisti sanitari a vantaggio del personale amministrativo appare evidente dai dati di chiusura dell'esercizio 2024 rappresentati dell'allegata tabella T.20A raffrontati al P.T.F.P. al momento vigente: si rileva che rispetto alla programmazione al 31.12.2024 risultavano ancora vacanti 88 posti di profili sanitari del comparto e 32 di profili della dirigenza sanitaria; un tanto a causa della ben nota e generalizzata difficoltà a reperire personale, in particolare di profilo infermieristico e di alcune discipline mediche. Peraltro, anche tra il personale amministrativo si sono registrati 7 posti vacanti rispetto alla programmazione formalizzata.

Pare utile sottolineare inoltre che le rimodulazioni del Piano Triennale proposte nell'ambito dei tre rendiconti infrannuali del 2024, tutte approvate dalla Direzione Centrale, hanno previsto un incremento di personale amministrativo dovuto esclusivamente al rispetto degli obblighi occupazionali di cui alla L. 68/99 e s.m. e i., di cui si tratterà a seguire, nonché a personale somministrato convertito in dipendente o ad alcuni casi di assunzioni realizzate per esigenze della D.C.S., mediante lo strumento dell'utilizzo, tutte ipotesi ammesse dalle disposizioni regionali quale deroga al vincolo sul personale amministrativo ai sensi delle Linee per la gestione 2024. Coerentemente con le citate circostanze, il dato di chiusura del 2024 attesta il pieno rispetto del vincolo in parola.

Passando alla programmazione del personale amministrativo per il 2025, non si può che rappresentare come un limitato incremento della dotazione, rispetto a quella registrata al 31.12.2024, sia fondamentale e per certi aspetti inevitabile correlatamente ai seguenti fattori:

- 1) acquisizione di personale amministrativo strettamente necessario per l'applicazione della L.R. 16/2022, sulla quale si è già relazionato;
- 2) assunzioni rientranti nella Convenzione di programma n. 1676 dd. 26/8/2021 stipulata tra l'A.S.U.G.I. e la Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, e famiglia - Servizio interventi per i lavoratori e le imprese - Struttura stabile Collocamento mirato di Trieste, finalizzata al rispetto degli obblighi occupazionali previsti dalla Legge 68/1999 e s.m. e i.

Relativamente al primo punto si sottolinea che 4 assunzioni sono già state incluse nell'ultima versione del P.T.F.P. (approvato con Decreto 963/2024 a seguito di proposta formulata nel III rendiconto infrannuale approvato dalla Direzione Centrale) e realizzate con decorrenza successiva al 31.12.2024. Tale fabbisogno è stato attentamente valutato e motivatamente esplicitato nella nota prot. 61426 del 17.07.2024 trasmessa alla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità. Al momento, in considerazione delle indicazioni metodologiche integrative fornite dall'A.R.C.S. con nota prot. 8323 dd. 24.02.2025, dette 4 unità sono state considerate all'interno del vincolo relativo alla dotazione di personale amministrativo registrata al 31.12.2024. Tuttavia, per le suddette motivazioni e tenendo conto dell'alta valenza strategica delle competenze inerenti la disabilità trasferite all'A.S.U.G.I., si ribadisce la richiesta che tali 4 unità siano computate in deroga rispetto al vincolo numerico definito dalle Linee.

In secondo luogo, si deve far presente che ai sensi della convenzione di programma sopra richiamata, l'Azienda è tenuta all'assunzione di 14 unità annue, nell'ambito di una programmazione di lungo periodo finalizzata ad un graduale rientro nella quota d'obbligo di cui all'art. 3 della L. 68/99 e s.m. e i. Tenendo conto della difficoltà di reclutare personale sanitario e sociosanitario rientrante nella fattispecie in questione e di alcune acquisizioni di disabili che vengono programmate nel ruolo tecnico, si rileva la necessità di prevedere un incremento di ulteriori 11 unità di personale amministrativo rientranti nelle assunzioni obbligatorie in parola, da considerarsi quindi anch'esse in deroga rispetto al vincolo su detto personale.

Si precisa che da tale incremento di 11 unità amministrative non consegue alcuna compressione della dotazione di personale sanitario, come evidenziato dalle allegate tabelle di proposta del nuovo P.T.F.P. Pare evidente che tale incremento non comporta effetti negativi sull'efficienza e sulla qualità dei servizi sanitari, ma anzi vada proprio a vantaggio degli stessi, tenendo presente che un buon numero di assunzioni ai sensi della L. 68/99 viene assegnato a strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, i cui direttori richiedono espressamente di avere a disposizione personale amministrativo.

Rapporti di lavoro flessibile

Si rimarca in primis che l'Azienda ha realizzato un sensibile decremento del personale somministrato, che al 31.12.2024 contava appena 26 unità. Al momento, peraltro, buona parte del suddetto personale è finanziato da enti esterni nell'ambito di diverse progettualità, tra quelle sopra citate, mentre le restanti figure sono prevalentemente appartenenti al ruolo tecnico dedicato a servizi di portierato e centralino, nelle more dello svolgimento delle procedure ordinarie per la stabile copertura dei costi.

Lo stesso dicasi del personale esterno (rapporti di lavoro autonomo di cui all'art. 7 c. 6 D.Lgs. 165/01 e s.m. e i. e art. 15-octies D.Lgs. 502/92 e s.m. e i.) in buona parte riconducibile ad attività e progetti specificamente finanziati. Si registra infine un numero marginale di residui contratti di cui al D.L. 18/20 e s.m. e i., ancora necessari a fronte di situazioni di impossibilità di utilizzo di strumenti ordinari. Tale tipologia di figura è ancora fruibile per l'anno 2025 in base a quanto previsto dal D.L. 202/2024.

Per quanto riguarda il personale dipendente, le unità a tempo determinato sono sensibilmente diminuite nel corso del 2024, per effetto della conclusione delle procedure di stabilizzazione di cui si riferirà infra, nonché dello scorrimento di graduatorie concorsuali ordinarie; a fine anno erano in servizio 160 dipendenti a tempo determinato contro i 331 in servizio al 31.12.2023. Nell'anno 2025 viene programmato un ulteriore abbattimento del precariato, anche se un certo numero di contratti a tempo determinato è da considerarsi fisiologico, con riferimento ai tempi di svolgimento delle procedure concorsuali, nonché alla copertura di posti con medici specializzandi, in assenza di specialisti.

Stato di realizzazione delle procedure di stabilizzazione

Come ampiamente illustrato nei rendiconti degli anni scorsi, negli esercizi precedenti erano state realizzate le procedure di stabilizzazione di cui al **D.Lgs. 75/17 e s.m. e i.** e quelle introdotte dalla Legge di Bilancio 2022 (**art. 1 c. 268 lettera b) della L. 234/2021** come integrato dall'art. 4, comma 9-quinquiesdecies, del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14).

Con Decreti n. 760 dd. 30.09.2024 e n. 883 dd. 14.11.2024 si è provveduto alla stabilizzazione di 141 dipendenti del comparto e di 4 dirigenti in esito alla procedura che ha visto coinvolti coloro che avevano maturato il requisito al 31.12.2023.

Nel 2025, verranno avviate analoghe procedure rivolte a coloro che hanno maturato il requisito temporale di precariato nel corso del 2024, la cui rilevazione d'ufficio è rappresentata nell'allegata tabella T.20D.

Quanto sopra, fermo restando che si darà corso alle assunzioni a tempo indeterminato solo in presenza del rispetto dei vigenti vincoli in materia di personale e relativamente al fabbisogno formalizzato nel P.T.F.P. allegato al presente Piano Attuativo.

I fondi contrattuali e le politiche retributive

I fondi contrattuali per l'esercizio 2025 sono stati quantificati, in via provvisoria, secondo gli importi rappresentati nella sezione dedicata della tabella 20A1 – tabelle personale 2025, di cui alle indicazioni per la redazione del piano attuativo e bilancio preventivo 2025 (Nota ARCS Prot. 1164/2025).

In coerenza con quanto previsto in materia dalle citate Linee annuali 2025, l'Azienda provvederà alla costituzione annuale, con atto formale, dei fondi contrattuali del personale dipendente, per l'esercizio 2025.

Il provvedimento sarà trasmesso al Collegio Sindacale, per la relativa certificazione, ai sensi dell'art. 40-bis, c. 1 del D.Lgs.165/2001 e s.m. e i.

La Formazione

Premessa

L'Azienda promuove la Formazione quale leva strategica nella gestione del personale e strumento fondamentale per la valorizzazione del proprio capitale intellettuale, in linea con quanto previsto sia dalle norme ordinarie nazionali (D.Lgs 165/2001, D.Lgs 502/92, Contratti Nazionali di lavoro delle diverse aree contrattuali che sono presenti in Azienda), regionali (L.R. n.27 dd. 17.12.2018) e direttive aziendali. La formazione aziendale assume una funzione fondamentale che si esplica nella lettura dei fabbisogni formativi e nella loro concretizzazione in progetti di formazione con l'obiettivo di implementare processi di apprendimento e sviluppo delle competenze dei professionisti tesi al miglioramento degli outcomes gestionali e clinico-assistenziali, in coerenza con le strategie aziendali.

Formazione strategica 2025

Le linee annuali per la gestione del S.S.R anno 2025 qualificano tra le iniziative formative prioritarie dei Provider ECM gli eventi formativi in tema di:

Formazione sulle infezioni ospedaliere

Le progettualità formative in tema di Infezioni Ospedaliere sono previste dal PNRR - Missione 6 – Componente 2 Sub Investimento 2.2 (b) ed inserite nel Piano della Formazione Regionale. Per la Regione FVG è prevista la formazione di un target di 7537 dipendenti per gli anni 2023-2026. Il target definito per ASUGI è stabilito in 2396 dipendenti afferenti alle strutture ospedaliere. Al 31/12/2024 è stato raggiunto il primo target di formati definito per ASUGI in 1272 dipendenti.

In aderenza alle indicazioni regionali, la formazione sulle tematiche delle infezioni ospedaliere rientra nella formazione obbligatoria del personale sanitario e degli operatori socio sanitari afferenti alle strutture ospedaliere. Il percorso formativo di 14 ore complessive è strutturato in:

- MODULO A – Modulo FAD di 6 ore, propedeutico alla partecipazione al corso residenziale Modulo B e C. Il percorso FAD Regionale fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere.
- MODULO B e C - Formazione residenziale in presenza che comprende il Modulo B di approfondimento pratico di 4 ore (suddiviso in 3 aree specifiche: area medica, area chirurgica e area dei servizi), che si propone di favorire l'acquisizione di abilità pratiche rispetto alle conoscenze apprese nel modulo teorico A e il Modulo C di 4 ore sul programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere, mirato all'approfondimento dei processi di prevenzione e controllo delle infezioni nei diversi setting assistenziali (area medica, area chirurgica, terapie intensive, pronto soccorso etc.).

Per il 2025 sono state programmate, tenuto conto del primo target numerico già raggiunto nel 2024, 4 edizioni FAD – Modulo A e 20 edizioni del corso residenziale Modulo B e C.

Sarà previsto un ulteriore modulo specialistico (MODULO D) riservato agli operatori del CC-ICA (igienisti, clinici, farmacisti, infection nurse, laboratoristi).

Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario- Piano Operativo sul Fascicolo Sanitario Elettronico

L'investimento 1.3.1 della Missione 6 Componente 2 del PNRR è finalizzato al potenziamento del fascicolo sanitario elettronico (FSE 2.0) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari.

In linea con quanto definito nel Piano della Formazione Regionale 2024 sono state erogate in ASUGI:

- 4 eventi residenziali dal titolo "Il fascicolo Sanitario Elettronico 2.0", dedicate ai medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali.

- 2 eventi residenziali dal titolo "Fascicolo Sanitario Elettronico: il razionale FSE 2.0, Privacy e Informativa" dedicati ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta.

Nel 2025 saranno implementate in particolare le iniziative formative dedicate ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Il programma formativo sarà sviluppato in modalità blended, alternando lezioni teoriche ad attività di tutoraggio sul campo centrata sulle modalità di implementazione e consultazione dei dati e al razionale di utilizzo del FSE.

Saranno inoltre attivati percorsi formativi regionali in modalità FAD sul "Razionale FSE 2.0" dedicati ai medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali, MMG e PLS e ai professionisti coinvolti nel processo di produzione del "Patient Summary" e un modulo FAD dedicato ai MMG e PLS sulla "Firma Digitale".

Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico amministrativa

Le linee di gestione 2025 inseriscono tra le linee formative prioritarie anche l'investimento 2.2 della Missione 6 Componente 2 del PNRR "corso di formazione manageriale". La Direzione Centrale Salute ha individuato il Provider dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute quale soggetto erogatore dei corsi di formazione manageriale e della formazione specialistica tecnico amministrativa. Nel 2025 proseguiranno le iniziative formative già attivate nel 2024 finalizzate al raggiungimento del target di professionisti da formare entro marzo 2026.

Saranno attivate in particolare le seguenti iniziative formative:

- corso per direttori di struttura complessa di area sanitaria
- corsi refresh per i direttori in possesso del certificato manageriale

Nell'ottica di favorire l'acquisizione di competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali e delle innovazioni digitali e tecnologiche, si intende favorire la partecipazione dei professionisti individuati ai percorsi formativi che saranno attivati da ARCS.

Percorso formativo regionale dedicato all'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Con la finalità di disporre di Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) e implementare quanto previsto nella Missione C1 del PNRR, proseguiranno anche nel 2025 i percorsi formativi finalizzati all'acquisizione delle specifiche competenze definite nelle linee di indirizzo dell'IFoC. I professionisti individuati tenuto conto dell'esperienza maturata in ambito territoriale, parteciperanno ai percorsi formativi che saranno attivati da ARCS in collaborazione con gli altri Provider ECM del SSR.

Percorsi formativi nell'ambito del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028

I percorsi formativi del Piano strategico regionale saranno formalizzati nel Piano della Formazione regionale 2025 e saranno declinati in funzione agli obiettivi formativi collegati alle diverse fasi – intrapandemica, di allerta, pandemica – e ai diversi livelli di responsabilità (regionale – aziendale).

Conoscenza e utilizzo dell'Health Technology Assessment (HTA)

Con D.G.R. n. 1301/2024 La Regione FVG ha avviato il programma di formazione di base previsto dal Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici che ha come obiettivo la formazione di 2 operatori al corso pilota promosso da Agenas e la formazione di 42 operatori al corso regionale. ASUGI intende favorire la partecipazione dei professionisti che saranno individuati al percorso formativo regionale.

Rischio clinico, Qualità e Accreditamento

Nell'ambito della sicurezza del paziente, nel 2025 proseguirà la formazione dedicata ai link professional e verrà organizzata la formazione (corso base) per il personale neoassunto e per il personale delle strutture residenziali per non autosufficienti.

Nell'ottica del miglioramento continuo, e in previsione della prossima visita di accreditamento all'eccellenza (che avrà luogo alla fine del 2026) verranno pianificati dei corsi di orientamento per la leadership e i team leader.

Formazione specialistica e trasversale del personale del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo

Nel corso del 2025, l'Azienda, oltre ad assicurare i percorsi formativi di ambito più prettamente specialistico in relazione al fabbisogno rilevato da ogni struttura dell'area professionale, tecnica ed amministrativa, intende perseguire un progetto di formazione trasversale di elevato livello su due tematiche, distinte ma correlate nelle finalità:

- a) Lean thinking e ottimizzazione dei processi
- b) Project Management

Gli obiettivi del corso su Lean Thinking e ottimizzazione dei processi sono rappresentati, una volta appresa la conoscenza della metodologia e dei principali strumenti di lavoro, dall'acquisizione da parte del personale di capacità di identificare correttamente i processi e i loro scopi, di mappare i processi aziendali con diversi metodi di rappresentazione, di individuare i punti di miglioramento, di analizzare la cause radice di inefficienza, ipotizzando, schematizzando e mettendo in pratica i processi rivisti e migliorati.

Gli obiettivi del corso sul Project Management sono rappresentati dalla comprensione dei principi e delle pratiche del PM secondo gli standard PM-BOK e ISO 21500, consentendo quindi al personale di applicare tali conoscenze nella pianificazione, esecuzione, monitoraggio e controllo dei progetti, nonché nella gestione delle risorse e dei rischi.

RELAZIONE ECONOMICA AL BILANCIO DI PREVISIONE 2025

Il quadro delle risorse finanziarie

Per l'anno 2025 il finanziamento regionale è stato determinato in complessivi 3.207.820.000 euro con le seguenti destinazioni (cfr D.G.R. n. 2052 del 30.12.2024 di approvazione definitiva delle Linee di gestione per il 2025):

- una quota di 3.051.400.000 euro quale "Finanziamento gestione dei LEA sanitari e sociosanitari del SSR", di cui:
 - una quota di 2.872.000.000 euro quale "FSR 2025 iniziale";
 - una quota di 51.500.000.000 euro quale finanziamento Disabilità – Fondo sociosanitario LEA L.R. 16/2022;
- una quota di 84.420.000 euro quali "Ulteriori finanziamenti regionali", di cui:
 - una quota di 44.010.000 euro a titolo di "Finalizzazioni regionali extra Fondo";
 - una quota di 39.000.000 quale anticipazione regionale Fondi payback farmaci
- una quota di 72.000.000 euro quale finanziamento per ulteriore attività sociosanitaria.

L'anno 2025 registra quindi un importante incremento di risorse complessivamente messe a disposizione del SSR per la programmazione delle attività e degli interventi annuali e maggiormente coerente con i fabbisogni effettivi, proseguendo nel processo di programmazione e progressiva revisione delle modalità di rappresentazione contabile, finalizzato a una uniforme contabilizzazione a livello nazionale, delle risorse assegnate dalle Regioni ai rispettivi servizi sanitari.

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

Inoltre, si sono resi necessari gli adeguamenti contabili finalizzati alla completa separazione, dal bilancio sanitario, delle attività di natura sociale/welfare collegabili alla Missione 12 di cui all'allegato 14 del D. Lgs. 118/2011 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia).

In tale contesto s'inserisce l'attuazione della L.R. 16/2022 "Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia", il cui articolo 26 guida le relative imputazioni a valere sulla Missione 12 (bilancio separato "sociale") e 13 (bilancio "sanità").

Il bilancio in esame, pertanto è costituito dal Bilancio Sanitario, dal Bilancio Sociale e dal relativo Bilancio Consolidato che somma i due precedenti. Il primo accoglie, così come rappresentato nei prospetti di alimentazione, i valori dei costi e ricavi dell'attività puramente sanitaria e, in colonna distinta, quelli dell'attività

socio-sanitaria direttamente riferiti all'applicazione della citata L.R. 16/2022, direttamente connessi all'erogazione dei LEA. Il Bilancio Sociale accoglie, oltre ai dati di costo e ricavo riferiti alla quota sociale in materia di disabilità (L.R. 16/2022), anche i valori riferiti ad altre attività sociali extra disabilità, ma pur sempre riferite a specifici finanziamenti regionali non derivanti dalla Missione 13 (Sanità) e non riferiti ad attività LEA.

Il finanziamento assegnato all'ASUGI e destinato alla Disabilità – Fondo sociosanitario LEA, in applicazione della L.R. 16/2022, ammonta per l'anno 2025 a € 15.405.640.

Il riparto del finanziamento complessivo tra gli Enti del SSR è stato effettuato sulla base di funzioni, secondo parametri e processi di standardizzazione, e popolazione.

Per la suddivisione della quota indistinta collegata alla popolazione sono stati impiegati:

- i dati aggiornati al 01.01.2024 che registrano per l'ASUGI una consistenza pari a 367.382, per l'individuazione delle quote collegate alla popolazione secca;
- i criteri di suddivisione del FSN per l'anno 2023 (rep. Atti 262/CSR dd. 09.11.2023 della Conferenza Stato-Regioni), in relazione agli ambiti aziendali, per la definizione delle quote derivanti da ponderazione della popolazione.

Sulla base di tali criteri, l'importo del finanziamento assegnato ad ASUGI risulta essere pari ad euro 940.709.429,00, con un significativo aumento, dunque, rispetto l'assegnazione 2024, sia iniziale (di complessivi euro 829.123.235,92), che integrata dalle ulteriori assegnazioni disposte con D.G.R. n. 1447/2024 e n. 1926/2024 (di complessivi euro 54.509.230,00), sebbene un confronto risulti particolarmente complesso, in considerazione delle variazioni di poste e voci finanziate tra i due esercizi.

Quanto definito dalle Linee per la gestione 2025, unitamente alle Indicazioni metodologiche per la redazione dei documenti contabili preventivi 2025, fornite da ARCS con nota prot. n. 1164 dd. 10.01.2025, e successive note di integrazione, configura, quindi, il livello di finanziamento sulla base del quale è stato redatto il presente Bilancio di previsione dell'Azienda.

Nel rimandare alle specifiche relazioni e tabelle economiche di dettaglio, di seguito si forniscono alcune precisazioni, coerenti con quanto previsto dal documento "Indicazioni per la redazione del Piano attuativo e Bilancio preventivo 2025":

- innanzitutto si rappresenta che il quadro complessivo delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale per l'anno 2025 comprende anche una parte di finanziamenti (finalizzazioni regionali Lea e extra fondo) la cui ripartizione non risulta ancora definita ed avverrà dunque nel corso del 2025 e per i quali, pertanto, non sono stati neppure inseriti i relativi costi. Rientrano tra tali finanziamenti non ripartiti i seguenti contributi:
 - rinnovi CCNL 2022-2024 e 2025-2027, sia comparto che dirigenza;
 - rinnovi ACN 2022-2024 e 2025-2027;
 - indennità PS;
 - farmaci innovativi;
 - rimborso personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute.

- ai sensi della L.R. 16/2022, che prevede l’inserimento nel bilancio della sanità dei servizi della disabilità riconducibili ai LEA, il bilancio è stato redatto prevedendo apposito dettaglio delle voci afferenti a tale sezione, che confluiscono poi nel totale del bilancio sanitario, tra le quali, a titolo di ricavo, è stato inserito il sopra citato finanziamento di euro 15.405.640 relativo alla Disabilità – Fondo sociosanitario LEA L.R. 16/2022, precedentemente oggetto di trasferimento agli enti gestori. La parte sociale di tale gestione è stata prevista nel Bilancio sociale da ASUGI;
- erogatori privati: i relativi costi comprendono, in aggiunta al budget ordinario previsto nell’Accordo regionale triennale 2021-2023, prorogato per l’anno 2025 con la D.G.R. n. 1927/24, anche l’integrale utilizzo del “Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste di attesa” di euro 10.866.543;
- piano operativo per il recupero dei tempi di attesa: il finanziamento di € 3.388.085 previsto nella sezione “Ulteriore fabbisogno” della tab. 5 “Fabbisogno enti S.S.R. 2025” delle Linee di gestione, risulta, al momento, completamente destinato alla remunerazione di prestazioni aggiuntive del personale dipendente del comparto e della dirigenza. Nei costi relativi alle prestazioni aggiuntive, sono stati altresì previsti gli importi destinati alla remunerazione della maggiore attività nell’ambito dell’emergenza/urgenza e quelle relative all’impiego dell’accantonamento 5% dei compensi libero-professionali (Balduzzi).

Il conto economico

I dati rappresentati nella colonna preconsuntivo 2024 si riferiscono alla gestione sanitaria, che comprende anche la gestione della “sanità disabilità”, a seguito della L.R. 16/2022.

I dati del bilancio preconsuntivo 2024 sono coerenti con le indicazioni comunicate dalla Direzione Centrale Salute alle Aziende sanitarie per la redazione del IV CE Ministeriale 2024, che sarà trasmesso al Ministero competente attraverso il portale NSIS entro il 31 gennaio.

I dati disponibili attualmente per la stima della chiusura di bilancio 2024, sebbene oggetto degli incrementi assegnati con le D.G.R. 1447/24 e 1926/24 non consentono comunque di prevedere un risultato di pareggio.

Si rappresenta tuttavia che alcune partite di costo e di ricavo risultano ancora in corso di definizione; in particolare non risulta ancora integralmente riconosciuto il ricavo per il payback farmaceutico.

Relativamente agli oneri derivanti dall’applicazione del CCNL 2019-2021 si segnala che il finanziamento concesso non è risultato capiente per la relativa copertura.

Parimenti non hanno trovato integrale copertura i costi sostenuti per farmaci innovativi.

Nonostante l’attuale proiezione di perdita, in questa sede è stato comunque inserito tra i costi del personale, l’intero importo derivante dal calcolo dell’1% del monte salari, pari a euro 2.125.000.

Relativamente alla previsione 2025, anche per l’esercizio corrente, nonostante il livello del finanziamento assegnato, si è dovuto comunque procedere all’applicazione di ridimensionamenti, sebbene limitati ad alcune voci di costo, che hanno portato a valori anche al di sotto del vincolo individuato dalla programmazione regionale.

In corso d’anno, si procederà a verifiche costanti dei budget assegnati alle Strutture con possibilità di rimodulazione degli stessi, adeguandoli alla programmazione aziendale e fatta salva la garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Personale

Rimandando per approfondimenti all'apposita sezione, si evidenzia qui che, come da specifiche prescrizioni contenute nel documento "Indicazioni per la redazione della proposta di Piano attuativo e Bilancio di previsione 2025", la quota di incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato e dello 0,22% del m.s. del 2018 della dirigenza PTA, ammontante a circa 2.133.000 euro (oneri compresi) non è stata prevista tra i costi del personale, come nel preconsuntivo 2024, bensì tra le voci di accantonamento.

Tale diversa modalità di rilevazione, unitamente ad altre importanti poste di costo (indennità PS, IVC 2022/2024, personale in utilizzo) il cui valore al momento non è stato previsto nel 2025 in attesa del riparto degli specifici finanziamenti, determina la riduzione del dato del costo del personale a preventivo, rispetto all'importo del preconsuntivo 2024.

Accantonamenti per rinnovi contrattuali

Gli accantonamenti per rinnovi contrattuali a preventivo 2025, sono riferiti esclusivamente al personale convenzionato e derivano dalle somme riportate nella tabella dei finanziamenti per finalizzazioni regionali LEA, al netto delle quote già previste nella voce relativa al costo del personale convenzionato, in conseguenza dell'applicazione dell'ACN 2019/2021. Non sono previsti accantonamenti per i rinnovi contrattuali 2022/20024 e 2025/2027 del personale dipendente, in quanto i relativi finanziamenti, al momento, non sono ancora ripartiti.

Acquisti di beni sanitari

Il confronto tra il dato preventivo 2025 e il preconsuntivo 2024 di questa macrovoce evidenzia un decremento di 5,3 milioni di euro, motivato dalla mancata presenza, nel dato preventivo, del costo dei farmaci innovativi, il cui valore stimato ammonta a circa 8 milioni di euro, in attesa del riparto dello specifico finanziamento.

Godimento beni di terzi

Nella specifica voce "Canoni di project financing", si registra la prima quota del valore di € 1.940.000, relativa al contratto di Partenariato Pubblico Privato ad iniziativa privata afferente ai servizi energetici e gestionali manutentivi con contratto EPC (Energy Performance Contract) comprendente la gestione e conduzione degli impianti ed interventi di efficientamento energetico ed azioni di riduzione dell'impatto ambientale presso le sedi isontine dell'ASUGI.

Accantonamenti

Questa macrovoce accoglie, tra gli altri, gli accantonamenti per incentivi funzioni tecniche. Oltre all'importo collegato all'attività ASUGI, come segnalato con nota ARCS prot. 8740 dd. 25.02.2025 è stato inserito l'importo di € 158.024 riferito alle gare bandite e da bandire da ARCS per conto di ASUGI, con aggiudicazione prevista nel 2025.

Proventi straordinari

I proventi straordinari derivano dall'applicazione delle disposizioni regionali, impartite con il documento "Direttive, criteri, modalità ed elementi economico-finanziari per la redazione del bilancio di esercizio – anno 2023", relative all'impiego di contributi PNRR di parte capitale a copertura di eventuali spese in conto esercizio. Nello specifico si tratta di costi per servizi di assistenza informatica e canoni di noleggio hardware e software.

CONTO ECONOMICO PREVENTIVO DEI PRESIDI OSPEDALIERI

In applicazione della riforma del SSR dettata dalla L.R. 27/2018 e dalla L.R. 22/2019, nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria "Giuliano-Isontina" operano due presidi ospedalieri:

- il Presidio ospedaliero di II livello. "Cattinara e Maggiore" di Trieste
- il Presidio ospedaliero di base di Gorizia e Monfalcone

Il conto economico preventivo dei due presidi ospedalieri per l'anno 2025 si chiude in lieve perdita (-547.785,21), e tiene conto degli effetti economici generati dal recupero delle liste d'attesa e dell'aumento dei costi delle materie prime, con ricadute su molte voci del bilancio (in primis riscaldamento, utenze, beni sanitari e non, servizi) che graveranno per l'esercizio 2025 sui costi delle strutture ospedaliere

Esso è stato costruito nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Azienda Regionale di Coordinamento della Salute con nota prot. 0001164/P/GEN/ARCS dd 10/01/2025 "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura della Proposta del Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2025" e successive integrazioni, e secondo i criteri di finanziamento definiti nelle Linee per la Gestione del SSR 2025 adottate con D.G.R. n. 2052 del 30/12/2024.

Per quanto riguarda i **costi diretti**, essi sono stati valorizzati, per la maggior parte dei conti, sulla base delle imputazioni contabili estratte dalla contabilità analitica per l'anno 2024 opportunamente riviste e proiettate per l'intero anno 2025.

I costi del personale sono stati calcolati sulla base dei costi effettivi previsti per l'anno 2025 per i due presidi ospedalieri suddivisi secondo la classificazione prevista dal Conto economico ministeriale e rapportato in relazione al personale assegnato ad ogni presidio ospedaliero ed alle procedure di assunzione e cessazioni che si intendono porre in essere nel 2025.

Sul versante dei **ricavi** si precisa che sono state attribuite le quote dei contributi regionali e delle sovra-aziendali sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio sanitario Regionale – Anno 2025

Anche i contributi sovra-aziendali di competenza ospedaliera sono stati imputati ai due Presidi unitamente ai correlati costi.

Per quanto concerne la valorizzazione dell'attività di ricovero ed ambulatoriale sono stati adottati i seguenti criteri:

- a) i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri aziendali nei confronti dei residenti dell'ASUGI, sono stati valorizzati a tariffa regionale di specialistica ambulatoriale ed a tariffa regionale per attività di ricovero.
- b) i ricavi derivanti da attrazione extra-azienda ed extra-regione, sono stati valorizzati come indicato nelle tabelle per il Bilancio Preventivo 2025 allegate alle "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura della Proposta del Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2025" fornite dall'ARCS con nota prot. 0001164/P/GEN/ARCS dd. 10/01/2025.

Nelle voci di ricavo per prestazioni di ricovero a cittadini non residenti è stata inserita la valorizzazione reale di previsione 2025 calcolata secondo la tariffa di cui al D.M. 18/10/2012 e il contestuale inserimento nella riga "Differenziale di mobilità", colonna I "Costi e Ricavi non ripartiti" della differenza tra mobilità reale e ricavo figurativo previsto.

Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, i ricavi figurativi comprendono le prestazioni al lordo del ticket nelle specifiche voci di prestazioni.

In materia di disabilità e quindi di redazione del "Bilancio sociale" è stato tenuto conto delle attività sociali transitate in capo all'ASUGI in applicazione della L.R. 16/2022 e finanziate da risorse derivanti dal Fondo Sociale regionale (Missione 12) o da risorse sociali dei Comuni. Le previsioni dei costi 2025 sono state distinte dalle quote di natura sociosanitaria. Un tanto al fine della redazione del previsto "Bilancio sociale", distinto dal "Bilancio sanitario", che a sua volta prevede la distinzione in "sanità" e "sanità disabilità" (quota sociosanitaria dei costi/ricavi derivanti all'applicazione della L.R. 16/22).

I valori esposti per il 2025 sono frutto di ragionamenti congiunti condotti nell'ambito delle due aree (giuliana e isontina) a seguito di progressiva armonizzazione.

ALLEGATO 1 - PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA 2025

ALLEGATO 2 - PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO 2025-2027

ALLEGATO 3 - BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2025

ALLEGATO 4- TABELLE BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2025

ALLEGATO 5 – MODELLO CP PREVENTIVO 2025

Allegato 1

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA 2025



**PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL
CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA
ANNO 2025**

PREMESSA

Il presente “Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa”, in coerenza con quanto previsto dalle Linee per la gestione del SSR per l’anno 2025, costituisce parte integrante del Piano Aziendale.

Partendo dall’analisi dei dati e delle criticità presenti, delinea le linee di intervento che ASUGI intende attuare nel corso del 2025

L’aumento dell’offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e il rispetto dei tempi d’attesa nel percorso del paziente chirurgico costituiscono obiettivi strategici aziendali e, quindi, sono inseriti nel ciclo della performance in termini di efficientamento delle risorse interne e dei percorsi a favore dell’attività di recupero delle liste d’attesa.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1. TEMPI DI ATTESA – Analisi dell’andamento 2024

Nel 2024 ASUGI ha attuato delle progettualità come definito nella DGR 1037/2021, e dalla LR 48 e dalla DGR 1302 del 6.9.2024, che ha ripreso la DGR 1198/2023 e DGR 1244/2023, al fine del miglioramento/mantenimento dei TDA delle prestazioni ambulatoriali monitorate (DGR 1815/2019) e di ottemperare a quanto previsto dal diritto di garanzia come previsto dal DL 73 divenuto legge 107 il 28.07.2024.

Le Linee di gestione 2024 (LR 48/2024) hanno previsto per i programmi di recupero delle liste di attesa, oltre alla possibilità di utilizzare le risorse residue già assegnate nel 2023 per il recupero di prestazioni prenotate fino al 31.12.2023, un nuovo finanziamento, assegnato con il medesimo obiettivo di abbattimento delle liste di attesa e di rispetto dei tempi di attesa per le patologie oncologiche. Visti i criteri elencati nelle LLGG 2024, ASUGI ha destinato tali risorse a progetti incentivati finalizzati ad incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale, secondo i criteri definiti dalla DGR 1244/2023 e dalla DGR 1198/2023, per le prestazioni monitorate, per quelle finalizzate alla diagnosi, al trattamento e al follow up del paziente oncologico e per prestazioni di screening di II livello (radiologia diagnostica e anatomia patologica) e di questo ASUGI ha inviato alla Regione il cronoprogramma il 15.2.2024 con Nota Prot. GENASUGI/GEN n. 13837/P.

FINANZIAMENTO LLGG 2024 – “Fabbisogno per piano operativo per recupero liste attesa”	Finalità di recupero	Prestazioni di specialistica ambulatoriale	Incremento ambulatori prestazioni monitorate, prestazioni finalizzate alla diagnosi, trattamento e follow up paziente oncologico, screening di II livello
	Modello organizzativo	Prestazioni aggiuntive	Progetti incentivati finalizzati al rispetto dei tempi di attesa
	Strutture eroganti	Pubbliche e privati accreditati	Strutture ASUGI; privati accreditati che erogano specialistica ambulatoriale per conto di ASUGI

Di seguito vengono rappresentati in percentuale i TDA medi delle prestazioni ambulatoriali monitorate per ASUGI, da gennaio a dicembre 2024, in base ai dati estratti dal sistema Qlik con il sistema ex ante.

Priorità	B	D	P
% tempi medi annuali gennaio-dicembre 2024 ASUGI	73%	75%	83%

Di seguito viene rappresentato l’andamento dei TDA medio delle prestazioni monitorate estratto dal programma regionale Qlik.

Prestazione	2024		
	% media di rispetto dei TDA delle B ANNO 2024	% media di rispetto dei TDA delle D ANNO 2024	% media di rispetto dei TDA delle P ANNO 2024
Totale tempo medio	73%	75%	83%
1 - Prima Visita cardiologica	72%	47%	89%
2 - Prima Visita chirurgia vascolare	96%	57%	88%
3 - Prima Visita endocrinologica	47%	56%	88%
4 - Prima Visita neurologica	24%	26%	35%
5 - Prima Visita oculistica	98%	87%	79%
6 - Prima Visita ortopedica	88%	87%	99%
7 - Prima Visita ginecologica	41%	48%	53%
8 - Prima Visita otorinolaringoiatrica	83%	42%	71%
9 - Prima Visita urologica	97%	73%	90%
10 - Prima Visita dermatologica	31%	41%	58%
11 - Prima Visita fisiatrica	79%	70%	98%
12 - Prima Visita gastroenterologica	62%	33%	55%
13 - Prima Visita oncologica	81%	74%	93%
14 - Prima Visita pneumologica	52%	54%	86%
15 - Mammografia bilaterale [ER]	90%	90%	70%
16 - Mammografia monolaterale	84%	72%	70%
17 - TC del Torace	96%	98%	91%
18 - TC del Torace con MCD senza e con MCD	72%	91%	90%
19 - TC dell'addome superiore	100%	100%	91%
20 - TC dell'addome superiore senza e con MDC	78%	96%	94%
21 - TC dell'Addome inferiore	100%	100%	100%
22 - TC dell'addome inferiore senza e con MDC	96%	100%	100%
23 - TC dell'addome completo	98%	99%	97%
24 - TC dell'addome completo senza e con	79%	94%	93%
25 - TC Cranio-encefalo	97%	100%	100%
26 - TC Cranio-encefalo senza e con MDC	71%	93%	94%
27 - TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	95%	100%	90%
28 - TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	98%	100%	100%
29 - TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	98%	99%	97%
30 - TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	100%	100%	N.P.
31 - TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	50%	100%	100%
32 - TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	67%	75%	100%
33 - TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	100%	100%	100%
34 - RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	41%	80%	74%
35 - RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e	48%	84%	73%

relativo distretto vascolare senza e con MDC			
36 - RM di addome inferiore e scavo pelvico	67%	83%	88%
37 - RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	76%	87%	89%
38 - RM della colonna in toto	44%	86%	97%
39 - RM della colonna in toto senza e con MDC	22%	59%	69%
40 - Diagnostica ecografica del capo e del collo	90%	98%	95%
41 - Eco (color) dopplergrafia cardiaca	94%	96%	98%
42 - Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	97%	98%	95%
43 - Ecografia dell'addome superiore	89%	94%	95%
44 - Ecografia dell'addome inferiore	87%	86%	88%
45 - Ecografia dell'addome complete	95%	99%	97%
46 - Ecografia bilaterale della mammella	78%	87%	63%
47 - Ecografia monolaterale della mammella	69%	83%	78%
48 - Ecografia ostetrica	33%	88%	83%
49 - Ecografia ginecologica	50%	59%	50%
50 - Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	71%	77%	84%
51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	80%	34%	25%
53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	60%	33%	0%
54 - Esofagogastroduodenoscopia	66%	50%	84%
55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	62%	48%	86%
55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	73%	55%	83%
56 - Elettrocardiogramma	95%	97%	98%
57 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	32%	71%	93%
58 - Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	17%	87%	99%
60 - Esame audiometrico tonale	65%	90%	97%
61 - Spirometria semplice	58%	91%	91%
62 - Spirometria globale	60%	87%	88%
63 - Fotografia del fundus	38%	89%	84%
64 - ELETTRMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUP., INF., CAPO, TRONCO	12%	24%	26%
Visita terapia del dolore	38%	45%	95%

Permangono criticità anche nelle seguenti prestazioni non monitorate: visita reumatologica; visita ematologica; visita osteoporosi; densitometria; ecografie muscolo tendine e muscolo scheletriche, eco tessuti molli.

2. LINEE DI INTERVENTO

Tali risultati sono stati raggiunti anche con le seguenti azioni correttive assunte da ASUGI per garantire le prestazioni

Con Delibera n. 1302 dd. 6 settembre 2024 “DL 73/2024 Riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Misure di prima attuazione regionale per l’anno 2024”, la Regione FVG ha recepito gli articoli 3, comma 10 e 10 bis e 4, commi 1 e 3 del dl 73/2024, riportanti le seguenti misure:

1) in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, le Aziende utilizzano il finanziamento di cui alla L. 213/2023, commi 232, 233, per attività libero professionale, acquisto di prestazioni aggiuntive, sistema privato accreditato;

2) in applicazione del precedente punto, le Aziende possono attivare le seguenti azioni: a) revisione degli accordi contrattuali già sottoscritti con i privati accreditati, b) richiesta di prestazioni aggiuntive ai propri dirigenti, soprattutto in caso di carenza di organico, c) riprogrammazione delle ore di specialistica ambulatoriale interna o attivazione di nuove ore con stipulazione di rapporti convenzionali;

3) l'attività di erogazione delle prestazioni diagnostiche e specialistiche viene programmata anche nei giorni di sabato e di domenica anche con prolungamento della fascia oraria di esecuzione;

4) in deroga ai criteri previsti dalla DGR 1198/2023, relativi alla tipologia di prestazioni sanitarie oggetto dell'attività di recupero, l'utilizzo delle risorse non è subordinato a particolari ordini di precedenza se non quelli riconducibili alla classe di priorità.

Revisione degli accordi con i privati accreditati

A parziale rettifica del cronoprogramma inviato con Nota Prot. GENASUGI/GEN n. 13837/P dd. 15/2/2024, poi rettificato in data 1/10/2024 con Nota Prot. GENASUGI/GEN n. 81924 P, il piano aziendale di ASUGI è stato integrato con l'assegnazione di risorse ai privati accreditati di ulteriori 145.000 Euro per un totale di 795.000 Euro Euro, così distribuiti:

SANATORIO TRIESTINO - PRESTAZIONI AMBULATORIALI

BRANCA PRESTAZIONE	N.
Prima visita cardiologica	700
Cardiologia ECG	150
Holter	400
Chirurgia ECD arti venosi/ arteriosi;ECD tronchi	200
Dermatologia Prima visita	1000
Endoscopia digestiva Colonscopia	20
EGDS	100
Visita gastroenterologica	200
Ginecologia Prima visita	400
Neurologia Prima visita	200
EMG + esami complementari	250
Oculistica Intervento minimo cristallino	40
Ortopedia Prima visita	500
Terapia del dolore Prima visita Terapia antalgica	600
Urologia/Andrologia Prima visita	300
Mammografia	580
Diagnostica per immagini Ecografiche	3000
Radiologia tradizionale	700
TOTALE	9340

SANATORIO TRIESTINO - PRESTAZIONI AMBULATORIALI - INTEGRAZIONE

BRANCA PRESTAZIONE	N.
Chirurgia ECD arti	100
Endoscopia digestiva Colonscopia	30
Neurologia Prima visita	100
Neurologia EMG	200
Oculistica cataratta	20
Diagnostica per immagini Mammografia mono e bilat	50
TC totali (torace, addome, cervello) con mdc	100
RMN addome, cervello con mdc	80
RMN colonna	100
TOTALE	780

GORTAN

PRESTAZIONE	N.
rx tradizionale	440
Ecografia cute e del tessuto sottocutaneo (parti molli), ecografia capo collo, ecografia muscolotendinea, ecografia osteoarticolare.	430
RMN osteoarticol.	50

ZUCCONI

PRESTAZIONE	N.
rx tradizionale	350
Ecografia cute e del tessuto sottocutaneo (parti molli), ecografia capo collo, ecografia muscolotendinea, ecografia osteoarticolare.	300

NOVA SALUS

PRESTAZIONE	N.
rx tradizionale	120
Ecografia cute e del tessuto sottocutaneo (parti molli), ecografia capo collo, ecografia muscolotendinea, ecografia osteoarticolare.	120
ECD TRONCHI -ARTI	160

CATANIA

PRESTAZIONE	N.
rx tradizionale	230
Ecografia cute e del tessuto sottocutaneo (parti molli), ecografia capo collo, ecografia muscolotendinea, ecografia osteoarticolare.	249

TOTALE **2449**

L'acquisto di complessive 12.569 prestazioni ambulatoriali, ha integrato l'offerta assistenziale erogata dalle strutture ospedaliere e territoriali di ASUGI, dando risposta al diritto di garanzia, finora gestito da ASUGI senza il ricorso alla libera professione.

Lo spostamento di risorse dal sistema pubblico a quello del privato accreditato si è reso opportuno sulla base del monitoraggio dell'utilizzo delle risorse effettuato da ASUGI al 30/06/2024. La DG di ASUGI ha trasmesso alla DCS mail con allegato excel con le tabelle del programma in data 18.11.2024

Prestazioni aggiuntive – attivazione progetto recupero liste attesa SC CI Ortopedica Cattinara

Durante il 2024 sono proseguiti i progetti incentivati avviati ad inizio anno, finalizzati all'incremento delle ore di disponibilità di sala operatoria e di attività ambulatoriale, prevedendo, in entrambi i casi, il prolungamento dell'attività nella fascia oraria pomeridiana.

Inoltre, a partire dal mese di ottobre 2024, sono stati attivati 44 ambulatori a settimana per le specialità di nefrologia, pneumologia e dermatologia, di cui 17 sono stati svolti nelle giornate di sabato, per un totale di 164 ore e di 340 prestazioni.

	n. ambulatori aggiuntivi		N. ORE	N. PREST
	SABATO	ALTRO		
TOTALE	17	27	164	340
PNEUMOLOGIA	12		72	108
NEFROLOGIA	5	6	22	22
DERMATOLOGIA		21	70	210

Si riporta di seguito il cronoprogramma 2024, aggiornato come sopra descritto:

AREA DI ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	TOTALE 2024	
		NUMERO PRESTAZIONI DA RECUPERARE	PREVISIONE COSTI DGR 48/2024 "PIANO OPERATIVO PER RECUPERO LISTE D'ATTESA" (0,4% FSR)
RICOVERO	PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	507	557.978
	COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	47	171.542
AMBULATORIALE	PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	31.948	1.657.325
	COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	12.569	623.458
SCREENING	PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	9.858	124.077
TOTALE		54.929	3.134.380

Da una analisi dell'erogato nel 2024 rispetto al 2023 2022 ed al 2019 emerge quanto segue:

PRIME VISITE MONITORATE

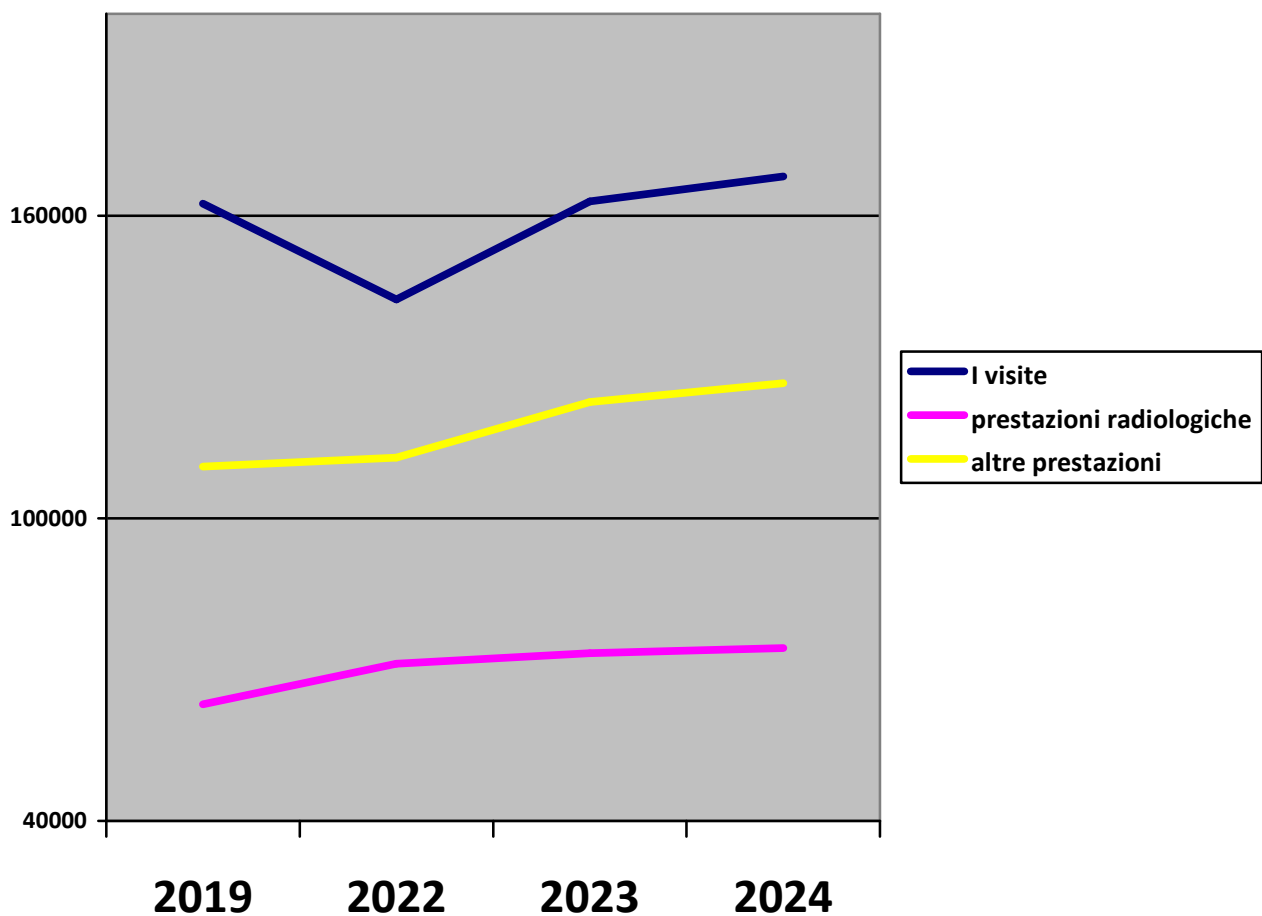
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Somma:
2019	14676	14256	14078	13045	14625	13174	13315	10917	13495	16119	13042	11.648	162.390
2022	10324	11758	13429	10846	13866	11979	10563	10847	13384	13343	12679	10367	143.385
2023	12658	13584	15446	11834	15156	14444	13113	12313	13884	15553	13977	10880	162.842
2024	13051	13860	14545	13590	15095	13515	15164	12276	11991	16828	14843	12979	167.735

PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA MONITORATE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Somma:
2019	5632	5652	5826	5300	6059	4955	4798	4456	5077	6266	5046	4024	63.091
2022	5460	6287	6826	5241	6754	5546	5516	5214	6269	6274	5963	5804	71.154
2023	5794	5988	7051	5471	6761	6017	5671	5306	6296	7123	6601	5200	73279
2024	6105	6087	6365	6238	6703	6016	6214	5003	5605	7806	6515	5614	74271

ALTRE PRESTAZIONI MONITORATE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Somma:
2019	9863	9763	10165	8947	10385	9194	9548	7213	8880	9644	8620	8.040	110.262
2022	8461	9431	10642	8166	10952	10198	8255	8151	10283	9534	9515	8412	112.000
2023	10155	10398	12109	9194	11243	10607	9685	8206	10880	11167	10922	8489	123.055
2024	10650	10246	11119	10414	11188	10351	10049	8907	10082	12478	11471	9822	126777



Dall'analisi dei volumi di questo grafico si evidenzia il raggiungimento di una fase a plateau dei volumi erogativi. I TDA medi complessivi, (calcolati con il metodo ex ante), delle prestazioni monitorate evidenziano per le priorità B D e P un miglioramento, a fronte però di volumi erogativi in termini assoluti nettamente aumentati, ma con un trend percentuale di incremento in calo del 2024 sul 2023 rispetto al 2023 sul 2022.

GENNAIO-DICEMBRE	% nei tempi B (ASUGI)	% nei tempi D (ASUGI)	% nei tempi P (ASUGI)
2023	71%	73%	82%
2024	73%	75%	83%

Emerge che l'incremento del volume dell'attività sanitaria, reso possibile dalle misure finanziarie e organizzative messe in campo per ridurre le liste d'attesa nel 2024, è stato accompagnato da un parallelo aumento della domanda di prestazioni sanitarie.

Tale crescita della domanda potrebbe dipendere sia in parte dagli effetti sulla salute conseguenti all'evento pandemico del 2020-2021, sia da un incremento della domanda di salute che si è (auto)alimentata al superare dell'emergenza.

Pertanto questo fenomeno ha rallentato, se non ostacolato in alcuni settori, il percorso di recupero dell'attività sanitaria dalla crisi pandemica incidendo anche sull'allungamento delle liste d'attesa che hanno assunto una configurazione nuova, poiché all'attività sanitaria da recuperare a causa della sospensione intervenuta nella fase emergenziale si è aggiunta una elevata richiesta di prestazioni che rappresenta domanda ordinaria, benché indotta dagli effetti diretti e/o indiretti della pandemia.

Va precisato che al rilevato incremento del volume della domanda hanno contribuito, in parte, una richiesta non appropriata, in parte altri fattori, non agevolmente governabili dal servizio sanitario, quali la persistente difficoltà nel reperire risorse professionali adeguate in particolari profili e branche specialistiche.

3. DESCRIZIONE DEL SISTEMA ORDINARIO DI EROGAZIONE DELLE ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Al momento della prenotazione viene indicata la data di prima disponibilità, ossia la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto, tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore.

Qualora il cittadino rifiuti la prima data proposta nei tempi (per sua scelta) esce dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata.

I sistemi di prenotazione di ASUGI registrano correttamente le informazioni, distinguendo l'oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente, in modo da alimentare correttamente i flussi informativi.

Sia la data di prima disponibilità che quella di prenotazione sono fondamentali ai fini della rilevazione di tempi di risposta del sistema perché individuano il tempo 0 da cui si comincia a misurare l'attesa. Tale dato viene sempre rilevato negli applicativi di prenotazione e di erogazione e di conseguenza nei flussi informativi.

Per la prenotazione di prestazioni di "altro accesso" (di controllo o follow-up), sono state attivate e verranno implementate apposite agende dedicate e ad uso riservato degli specialisti, in modo da assicurare l'effettiva "presa in carico" del paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo e garantendo oltre alla prescrizione anche la prenotazione del controllo successivo, con agende annuali aperte a scorrimento.

La gestione delle agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa. La SSD Governance Offerta Ambulatoriale monitora l'offerta settimanalmente coordinandosi con i Direttori di Dipartimento, di Distretto e/o Privati Accreditati per equilibrare il sistema secondo la domanda analizzata.

Tempi massimi di attesa prestazioni ambulatoriali

Le prestazioni ambulatoriali per le quali sono definiti i tempi massimi sono quelle di primo accesso.

Rimangono escluse dal monitoraggio:

- le prestazioni che non risultano prescritte con impegnativa;
- le prestazioni urgenti (U) per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza o in un periodo immediatamente successivo (72 ore);
- le prestazioni classificate come: "altro accesso" (visite/prestazioni di controllo) o senza tipologia di accesso (prestazioni di laboratorio);
- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) o nell'ambito del percorso nascita (ecografia ostetrico-ginecologica), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi;
- le prestazioni in pre e post ricovero;
- le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, inserite in programmi di screening;
- le prestazioni di Day Service.

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Ai fini della determinazione dei tempi di attesa, per data di erogazione si intende la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali (escluse le prestazioni classificate in Branca "Laboratorio analisi"), anche se solo alcune prestazioni sono oggetto di specifico monitoraggio. In linea generale per le prestazioni di primo accesso il tempo di attesa massimo è definito, in base al codice di priorità espresso al momento della prescrizione, nel seguente modo:

Priorità	Tempo (in gg)	Valore soglia
U (urgente)	Entro 72 ore	
B (breve)	Da eseguire entro 10 gg	almeno 90% delle prenotazioni
D (differita)	Da eseguire entro 30gg per le prime visite e entro 60gg per gli accertamenti diagnostici	almeno 90% delle prenotazioni

P (programmata)	Da eseguire entro 120 giorni	almeno 90% delle prenotazioni
-----------------	------------------------------	-------------------------------

Il tempo di attesa si intende soddisfatto dall’Azienda se viene garantita, in almeno un punto di erogazione, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito.

Il rispetto di tale tempo può essere garantito direttamente dall’Azienda o dalla rete degli erogatori privati convenzionati. Qualora nella prescrizione non sia indicato il codice di priorità, i sistemi di prenotazione propongono l’offerta prevista per la classe di priorità P.

Diritto di Garanzia

Tenuto conto che le linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2024 DGR 48 del 2024 fanno riferimento alla DGR 1815/2019 “piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) 2019 – 2021”, visto il D.L. 07.06.2024, n. 73 convertito con L. 29.07.2024, n. 107. “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” ha ridefinito le misure da adottare da parte delle aziende per ottemperare al Diritto di Garanzia. “

ASUGI con il Decreto 508/2024 si è proposta di:

1. descrivere le modalità operative: definire i processi e le procedure che devono essere seguiti per l’attivazione del percorso di tutela;
2. assicurare la trasparenza e la comunicazione, promuovendo una comunicazione efficace e trasparente con gli utenti del SSR;
3. monitorare e valutare il percorso di tutela: stabilire un sistema di monitoraggio continuo e di valutazione periodica delle modalità operative e dei risultati ottenuti, al fine di garantire un miglioramento costante del servizio offerto agli assistiti;

Indi con decreto 984 del 12.12.2024 si è provveduto alla Modifica del “Regolamento aziendale contenente i criteri, strumenti e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino” approvato con decreto n. 508 dd. 28.06.2024.

La procedura è consultabile alla pagina aziendale https://asugi.sanita.fvg.it/it/amm_trasp_asugi/23_liste_attesa/?path=/2024/

In base ai dati forniti nel primo semestre 2024 sono pervenute 3406 richieste da ottemperare per il diritto di garanzia.

Con il Decreto 508 del 2024 di cui ASUGI si è dotata il 28.06.2024, aggiornato con Decreto 984 il 12.12.2024 in merito ad assicurare il diritto di garanzia pertanto da tale mese sono state create delle pre-liste informatizzate in cui vengono inseriti gli assistiti la cui prestazione non rientra nei tempi al momento della

prenotazione come previsto dal regolamento ASUGI. Dal mese di luglio 2024 al mese di dicembre 2024 per il diritto di garanzia si è evidenziata la seguente situazione.

DIRITTO DI GARANZIA			
	RICHIESTE PERVENUTE	EROGATE NEI TEMPI	DA EROGARE NEI TEMPI
LUGLIO	457	457	0
AGOSTO	684	684	0
SETTEMBRE	642	622	0
OTTOBRE	744	728	16
NOVEMBRE	635	632	3
DICEMBRE	534	529	5

Pertanto da luglio a dicembre 2024 sono pervenute 3696 richieste di prestazioni/visite previste dai RAO che sono state inserite nelle preliste, in quanto non rispettavano i tempi di attesa e successivamente tramite i finanziamenti ad hoc sono state inserite in posti aggiuntivi.

4. PIANO DI RECUPERO ANNO 2025 TA

Emerge che l'incremento del volume dell'attività sanitaria, reso possibile dalle misure finanziarie e organizzative messe in campo per ridurre le liste d'attesa nel 2024, è stato accompagnato da un parallelo aumento della domanda di prestazioni sanitarie che si è (auto)alimentata al superare dell'emergenza, considerato che al rilevato incremento del volume della domanda hanno contribuito, in parte, una richiesta non appropriata, in parte altri fattori, quali la persistente difficoltà nel reperire risorse professionali adeguate in particolari profili e branche specialistiche.

Tenuto conto di quanto sopra esposto ASUGI per il 2025 intende:

- 1) Implementare ulteriormente ogni tipologia di prestazione ambulatoriale per il trattamento di patologie oncologiche o comunque funzionali alla prevenzione dell'emergenza di patologie oncologiche in quanto erogate quali prestazioni di II livello nei percorsi di screening attivati (tra cui vanno ricomprese le seguenti prestazioni: per lo screening mammografico: mammografie, ecografie e biopsie e visite; per il colon retto: colonscopie e polipectomie), comprese le prestazioni collegata all'anatomia patologica (ad esempio FANC per otorinolaringoiatria);
- 2) definire una nuova strategia aziendale che parta dal Governo della Domanda attraverso uno statuto di progetto, che mira ad identificare, isolare, aggredire e mitigare/risolvere le cause radice sottostanti alle problematiche. Il progetto che dovrà essere presentato alla DCS si propone nella prima fase di identificare un campione di prestazioni ambulatoriali (prime visite) erogate da Asugi e dai privati accreditati su tutto il territorio di competenza sui cui concentrarsi, istituendo un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da personale Asugi, personale non dipendente (rappresentanti società scientifiche dei Medici di Medicina

Generale, MSA, privati accreditati) che affronterà le diverse tematiche rilevate, portando dei risultati attesi ed a conclusione della prima fase, le azioni correttive implementate con esito positivo saranno estese a tutte le prestazioni monitorate.

3) proseguire gli incontri con i prescrittori per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, tenuto conto dei criteri definiti dai RAO e delle progettualità proposte da ASUGI, nonché di quanto previsto dalla DGR 2052/2024, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed iniziare a lavorare sul governo della domanda, attraverso gli incontri della Commissione Ospedale Territorio definita dalla "DGR 1963/2018; COSTITUZIONE DEL TAVOLO DI COORDINAMENTO UDMG DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA" Decreto 452 del 21.05.21, in cui sono coinvolti gli specialisti ospedalieri, ambulatoriali e gli MMG.

4) Implementazione le prestazioni/visite con priorità B, D, e P con percentuale inferiore al 90% e di quelle per adempiere al diritto di garanzia;

5) continuare a implementare e potenziare i percorsi dedicati tra strutture ospedaliere e dei privati accreditati, nonché tra reparti di medicina interna e reparti specialistici mediante la creazione di agende informatizzate prenotabili dallo stesso prescrittore al momento della visita/prestazione per la presa in carico del paziente complesso (altro accesso).

6) valutare una riorganizzazione degli ambulatori per l'osteoporosi per la reumatologia e per la visita neurologica per cefalea, al fine di dare una risposta alle prime visite ed al contempo per assicurare le cure di secondo livello nel setting assistenziale corretto.

7) in base alle indicazioni regionali partecipare ai tavoli che definiscono delle proposte per nuovi pacchetti di prestazioni per specifici ambiti (ad esempio percorso riabilitativo, day service medicina, telemonitoraggio, percorso riabilitativo del paziente cardiopatico)

8) Continuare con la procedura di uniformità delle agende area giuliana ed isontina di ASUGI per consentire un'equità di accesso in tutta ASUGI anche alla luce del nuovo nomenclatore e delle prestazioni a catalogo;

9) continuare la creazione di agende di prenotazione informatizzata per le nuove strutture definite dall'atto aziendale ASUGI;

10) Implementare la procedura per la prenotazione/prescrizione del controllo/prestazione da parte dello specialista, con un'apertura continuativa delle agende sui dodici mesi o coerente con il bisogno individuato dallo specialista (per i controlli ed i follow-up).

11) Aumentare i volumi minimi da erogare dalle strutture private accreditate per le prestazioni critiche e definizione/conferma/rivalutazione dei budget destinati per abbattimento liste di attesa e del diritto di garanzia con valutazione periodica di quanto erogato.

12) Aumentare il numero di posti in overbooking sulle agende dei privati accreditati per prestazioni/visite che sfiorano i TDA;

13) creare agende dedicate per i finanziamenti ad hoc assegnati sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate al fine di ottemperare al diritto di garanzia;

14) Proseguire l'azione di potenziamento dell'attività ambulatoriale delle sedi distrettuali di ASUGI.

15) proseguire gli incontri con le Strutture private accreditate per la definizione di percorsi e di appropriatezza prescrittiva, nonché organizzazione di audit finalizzati a risolvere situazioni di non mancato inserimento del pazienti nel setting assistenziale corretto.

16) avviare la Telemedicina nella tipologia di branche e prestazioni in cui gli assistiti possano giovare di tale modalità anche alla luce dell'aggiornamento del nomenclatore tariffario entrato in vigore il 30.12.2024

17) Creare progettualità con i MSA per la presa in carico integrata del paziente cronico con la collaborazione dei Distretti e dei MMG alla luce del PNRR e della creazione delle case della Comunità e della Salute.

18) Partecipare a tavoli regionali per la definizione dei TDA, RAO, appropriatezza prescrittiva, condividendo ed uniformando le modalità operative con le altre Aziende.

Si erogheranno principalmente tutte le prestazioni monitorate e quelle per le quali ci sono criticità in base al tempo di attesa

PRESTAZIONI DI RICOVERO PROGRAMMATO

1 TEMPI DI ATTESA – Analisi dell’andamento 2024

Le LLGG hanno definito l’insieme degli indicatori per valutare la performance aziendale.

Un suo sottoinsieme riguarda gli indicatori che descrivono la performance degli interventi di natura oncologica. I criteri di calcolo degli indicatori sono definiti dal sistema di valutazione della performance della Scuola Superiore Sant’Anna (sistema Bersaglio). Ciascun indicatore esprime il rapporto tra gli interventi in priorità A erogati in garanzia e il totale degli interventi richiesti con la stessa priorità.

PATOLOGIE TUMORALI – CLASSE A

Si riporta di seguito l’andamento del volume di attività e della percentuale di rispetto del TA per la sola classe di priorità A (fonte dati: Qlik regionale)

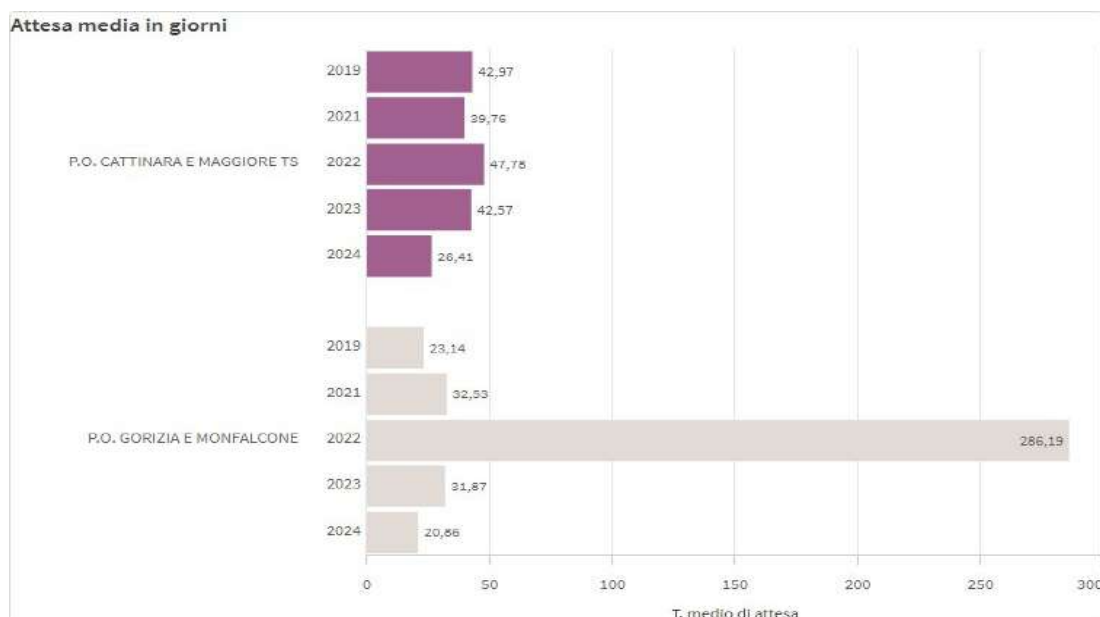
Patologie tumorali - classe A - n.ro dimissioni, % rispetto tempi d'attesa, per anno e per struttura di dimissione - periodo 2019 - 2024										
ANNO	2019		2021		2022		2023		2024	
PRESIDIO	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi
Totali	784	48,60	796	54,27	764	48,95	851	57,23	870	78,51
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	645	38,29	623	45,91	624	41,03	589	49,92	612	74,35
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	139	96,40	173	84,39	140	84,29	262	73,66	258	88,37

Nel 2024 lo scostamento dei volumi rispetto al 2019 è pari a + 86 dimissioni (+10%), e +19 dimissioni (+2%) rispetto al 2023, ma con un notevole incremento della percentuale di rispetto dei tempi d’attesa.

Si riporta di seguito l’andamento del tempo medio di attesa per la sola classe di priorità A distinto per presidio e, successivamente il numero di ricoveri e la % di rispetto dei TA per singola patologia tumorale monitorata, esclusi i privati accreditati.

Tempo medio di attesa – andamento per struttura di erogazione - periodo 2019 – novembre 2024

Patologie tumorali



Percentuale di rispetto dei tempi di attesa per patologia monitorata e tempo medio di attesa – ANNO 2024

Patologie tumorali - classe A - n.dimissioni per struttura erogante - periodo 2024				
ANNO		2024		
PRESIDIO	PRESTAZIONE	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa
Totali		870	78,51	24,76
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	Totali	612	74,35	26,41
	Interventi chirurgici per Melanoma	39	92,31	16,26
	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	47	70,21	29,45
	Interventi chirurgici tumore del Polmone	113	89,38	15,97
	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	76	69,74	26,70
	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	1	100,00	7,00
	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	275	68,73	29,58
	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	31	83,87	22,26
	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	30	53,33	49,30
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	Totali	258	88,37	20,86
	Interventi chirurgici per Melanoma	16	75,00	25,06
	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	4	75,00	25,75
	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	40	87,50	15,73
	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	9	88,89	24,67
	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	179	89,39	21,75
	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	1	100,00	8,00
		Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	9	100,00

PATOLOGIE NON TUMORALI

Si riporta di seguito l'andamento del volume di attività e della percentuale di rispetto del TA per tutte le priorità (fonte dati: Qlik regionale)

Patologie non tumorali - n. dimissioni per struttura erogante, % rispetto tempi d'attesa, per anno - periodo 2019 - 2024										
ANNO	2019		2021		2022		2023		2024	
	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi
Totali	3.252	79,55	3.713	84,73	4.511	80,60	5.088	78,97	4.585	77,84
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	41	97,56	1.299	86,22	1.572	86,51	1.803	86,08	1.399	85,92
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	904	75,33	982	93,48	1.093	89,02	1.048	78,53	955	80,21
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1.282	72,39	761	85,28	934	81,91	1.203	76,31	1.203	70,24
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	1.025	91,51	671	68,41	912	58,99	1.034	70,12	1.028	73,54

Nel 2024 lo scostamento dei volumi rispetto al 2019 (corretto sui dati regionali nel corso del 2024) è pari a +1.333 dimissioni (+30%), e -503 dimissioni (-10%) rispetto al 2023, dovute primariamente alla diminuzione degli interventi sul privato accreditato delle patologie non tumorali in ogni classe di priorità.

Si riportano, di seguito, le tabelle per le prestazioni per struttura di erogazione e classe di priorità anno 2024 e le prestazioni e rispetto tempi medi di attesa per struttura di erogazione e classe di priorità - periodo 2024

Patologie non tumorali - prestazioni per classe di priorità e struttura erogante 2024						
PRESIDIO	ANNO	2024				
		prestazione	priorità A	priorità B	priorità C	priorità D
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	Totali		73	669	507	150
	Artroscopia		38	333	124	13
	Colecistectomia laparoscopica		0	11	22	16
	Emorroidectomia		0	2	1	0
	Intervento protesi anca		22	75	87	20
	Protesi ginocchio		10	114	170	13
	Riparazione ernia inguinale		3	40	103	88
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	Totali		4	26	925	0
	Artroscopia		2	4	213	0
	Colecistectomia laparoscopica		0	0	20	0
	Emorroidectomia		0	1	58	0
	Intervento protesi anca		0	5	73	0
	Protesi ginocchio		1	3	96	0
	Riparazione ernia inguinale		1	13	321	0
TURP		0	0	144	0	
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	Totali		510	428	173	92
	Angioplastica Coronarica (PTCA)		69	50	6	0
	Artroscopia		18	13	0	1
	Biopsia percutanea del Fegato		15	0	1	0
	By pass aortocoronarico		31	20	26	3
	Colecistectomia laparoscopica		4	51	10	6
	Coronarografia		255	168	67	9
	Emorroidectomia		1	8	11	2
	Endoarteriectomia carotidea		4	62	0	0
	Intervento protesi anca		8	10	2	1
	Protesi ginocchio		2	16	4	0
	Riparazione ernia inguinale		3	27	30	43
TURP		0	0	0	0	
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	Totali		42	272	634	0
	Artroscopia		5	25	38	0
	Biopsia percutanea del Fegato		1	0	0	0
	Colecistectomia laparoscopica		20	68	73	0
	Emorroidectomia		4	10	26	0
	Intervento protesi anca		2	38	113	0
	Protesi ginocchio		2	19	112	0
	Riparazione ernia inguinale		6	75	211	0
TURP		2	37	61	0	

Patologie non tumorali - prestazioni per classe di priorità e tempo medio di attesa per stru		2024							
ANNO		priorità A		priorità B		priorità C		priorità D	
PRESIDIO	PRESTAZIONE	n. Ricoveri	% nei tempi	n. Ricoveri	% nei tempi	n. Ricoveri	% nei tempi	n. Ricoveri	% nei tempi
		629	78,7	1395	71,4	2239	80,84	322	83,23
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	Totali	73	76,71	669	80,57	507	91,91	150	94,00
	Artroscopia	38	94,74	333	90,09	124	94,35	13	100,00
	Colecistectomia laparoscopica	-	-	11	72,73	22	95,45	16	62,50
	Emorroidectomia	-	-	2	100,00	1	100,00	-	-
	Intervento protesi anca	22	59,09	101	74,26	87	95,40	20	100,00
	Protesi ginocchio	10	60,00	173	65,90	170	87,06	13	100,00
	Riparazione ernia inguinale	3	33,33	49	81,63	103	93,20	88	96,59
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	Totali	4	50,00	26	61,54	925	80,86	0	0,00
	Artroscopia	2	50,00	4	100,00	213	98,12	0	0,00
	Colecistectomia laparoscopica	-	-	-	-	20	75,00	0	0,00
	Emorroidectomia	-	-	1	0,00	58	56,90	0	0,00
	Intervento protesi anca	-	-	5	20,00	73	69,86	0	0,00
	Protesi ginocchio	1	100,00	3	100,00	96	66,67	0	0,00
	Riparazione ernia inguinale	1	0,00	13	61,54	321	72,27	0	0,00
TURP	-	-	-	-	144	100,00	0	0,00	
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	Totali	510	80,39	428	60,75	173	67,63	92	63,04
	Angioplastica Coronarica (PTCA)	73	94,52	50	98,00	6	100,00	-	-
	Artroscopia	36	50,00	13	23,08	-	-	1	100,00
	Biopsia percutanea del Fegato	15	100,00	-	-	1	100,00	-	-
	By pass aortocoronarico	34	91,18	20	75,00	26	92,31	3	100,00
	Colecistectomia laparoscopica	11	36,36	51	39,22	10	40,00	6	66,67
	Coronarografia	268	95,15	168	92,86	67	95,52	9	100,00
	Emorroidectomia	3	33,33	8	12,50	11	9,09	2	50,00
	Endoarteriectomia carotidea	20	20,00	62	4,84	-	-	-	-
	Intervento protesi anca	30	26,67	10	0,00	2	100,00	1	0,00
	Protesi ginocchio	14	14,29	16	12,50	4	25,00	-	-
	Riparazione ernia inguinale	6	50,00	27	29,63	30	36,67	43	60,47
	TURP	-	-	3	100,00	16	18,75	27	51,85
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	Totali	42	64,29	272	66,54	634	75,55	80	86,25
	Artroscopia	5	80,00	25	80,00	38	94,74	12	100,00
	Biopsia percutanea del Fegato	1	100,00	0	-	0	-	-	-
	Colecistectomia laparoscopica	20	75,00	68	76,47	73	72,60	-	-
	Emorroidectomia	4	100,00	10	80,00	26	84,62	-	-
	Intervento protesi anca	2	50,00	38	86,84	113	97,35	26	92,31
	Protesi ginocchio	2	50,00	19	78,95	112	99,11	32	87,50
	Riparazione ernia inguinale	6	16,67	75	61,33	211	62,09	3	100,00
TURP	2	0,00	37	18,92	61	26,23	7	28,57	

2. LINEE DI INTERVENTO

Nel 2024 sono proseguiti i monitoraggi e gli interventi correttivi finalizzati a uniformare l'inserimento della data di prenotazione in applicazione della procedura di inserimento in lista di attesa del paziente chirurgico, già adottata PER TUTTO IL 2023. L'azione di verifica e di controllo proseguirà nel 2025.

In particolare, per quanto riguarda i tempi di attesa per patologia ortopedica che, nell'area giuliana, presentano forti criticità dovute alla prevalenza di casistica traumatologica da trattare in urgenza, sono state attivate dal mese di ottobre 12 sedute aggiuntive da erogarsi nelle giornate di sabato, per un totale di 84 ore aggiuntive di sala, nell'ambito delle quali sono stati eseguiti interventi ortopedici di media e alta complessità.

A parziale rettifica del cronoprogramma inviato con Nota Prot. GENASUGI/GEN n. 13837/P dd. 15/2/2024, poi rettificato in data 1/10/2024 con Nota Prot. GENASUGI/GEN n. 81924 P, il piano aziendale di ASUGI è stato integrato con l'assegnazione di risorse ai privati accreditati di ulteriori 145.000 Euro per un totale di 795.000 Euro Euro, come già specificata nella sezione ambulatoriale, che per i ricoveri è stata la seguente:

SANATORIO TRIESTINO - PRESTAZIONI DI RICOVERO

BRANCA SPECIALISTICA/INTERVENTO	N.
Chirurgia generale Riparazione ernia inguinale	20
Ortopedia Protesi anca/ginocchio/spalla	9
Urologia TURP	18
Totale	47

3. DESCRIZIONE DEL SISTEMA ORDINARIO DI EROGAZIONE PRESTAZIONI DI RICOVERO PROGRAMMATO

La programmazione dell'attività chirurgica è regolamentata dal documento "Organizzazione e Funzionamento del complesso operatorio" adottato nel 2023.

La distribuzione della disponibilità di sala tra le SSCC chirurgiche viene definita ogni due settimane a livello di blocco operatorio sulla base delle liste di attesa e delle classi di priorità di cui alla Conferenza Stato Regioni Accordo 11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008:

Classe	Descrizione	Target Time
A	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, o comunque tali da recare grave pregiudizio alla prognosi	30 gg
B	Casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi	60 gg
C	Casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi	180 gg
D	Casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità	12 mesi

Le criticità che si dovessero riscontrare in tema di: liste di attesa e Criteri immissione in lista per classi, criteri per la programmazione sale operatorie, percorsi pazienti, efficienza attività comparto operatorio (indicatori di processo) vengono analizzate da gruppi di lavoro interni e discusse con le diverse professionalità coinvolte nell'ambito di incontri convocati con frequenza almeno semestrale.

PROCEDURA DI COMUNICAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

Viene applicata la procedura "COMUNICAZIONE ALL'UTENTE/PAZIENTE DEI TEMPI DI ATTESA"

Il paziente che deve essere inserito in lista d'attesa per ricovero ha il diritto alla piena informazione sui seguenti punti:

- tempo stimato di attesa in rapporto ai criteri di formulazione della lista di attesa (criterio cronologico e/o di priorità clinica)

· strutture accreditate con il SSN che possono erogare lo stesso tipo di prestazione.

Il paziente che, per motivi improvvisi, non può ricevere la prestazione programmata deve essere informato prima possibile sul ritardo e sulle relative motivazioni da parte del medico referente delle cure. Al paziente deve inoltre essere prospettata la durata stimata dell'attesa relativamente alla nuova programmazione dell'attività.

Il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare tale programmazione e ad ottenere supporto sull'identificazione di strutture alternative, accreditate con il SSN, in grado di erogare la stessa prestazione.

4. PIANO DI RECUPERO ANNO 2025

Le Linee di gestione 2025 prevedono per i programmi di recupero delle liste di attesa, due nuovi finanziamenti, il Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste d'attesa e il Fabbisogno per piano operativo per recupero liste attesa, assegnati con il medesimo obiettivo di abbattimento delle liste di attesa e di rispetto dei tempi di attesa, dando priorità massima alle patologie oncologiche.

Visti i criteri elencati nelle LLGG 2025 e nella DGR 21/2025, ASUGI destinerà tali risorse a progetti incentivati finalizzati ad incrementare la disponibilità di sala operatoria per l'erogazione di interventi in ricovero programmato. L'incremento su base settimanale sarà di totali +8 sedute/settimana (di cui n. 4 nel Complesso operatorio e n. 4 nei blocchi operatori di Gorizia e di Monfalcone), più n. 3 sedute/mese nella Day Surgery del Maggiore e n. 3 sedute/mese nel Polo Cardiologico di Cattinara.

FINANZIAMENTI LLGG 2025 – “Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste d’attesa” e “Fabbisogno per piano operativo per recupero liste attesa”	Finalità di recupero	Ricoveri in elezione	Incremento sedute operatorie + 38 sedute/mese per recupero liste attesa
	Modello organizzativo	Prestazioni aggiuntive	Progetti incentivati finalizzati al recupero delle liste di attesa e al rispetto dei tempi di attesa per patologie oncologiche
	Strutture eroganti	Pubbliche, blocchi operatori ASUGI	Complesso operatorio di Cattinara, Polo cardiologico Cattinara, sale operatorie Osp Maggiore, blocchi operatori di Gorizia e di Monfalcone

Nel rispetto dei regolamenti sull'orario di lavoro, sarà organizzata un'offerta incrementale di attività chirurgica attraverso il ricorso alle risorse aggiuntive. L'impegno complessivo previsto per il 2025 per l'attività aggiuntiva di sala operatoria è stato definito nel cronoprogramma 2025 e verrà rivalutato nel corso dell'anno, dipendendo dalla necessità di garantire, ricorrendo a tali risorse, funzioni più critiche.

Per il 2025, si erogheranno prioritariamente tutte le tipologie oncologiche e gli interventi monitorati

Inoltre, verrà utilizzato in via prioritaria, come autorizzato e specificato nella nota della Direzione Centrale salute prot. 0078740 dd 31/01/2025, il finanziamento residuo dell'anno 2022, accantonato a Bilancio a chiusura 2022 per attività di abbattimento delle liste attesa anche per l'anno 2025, che per ASUGI ammonta a € 329.297,90, nel rispetto delle modalità e disciplina di utilizzo vigenti e degli obblighi di monitoraggio e rendicontazione già previsti per le attività analoghe disposte per l'anno 2025 (DGR 2052/24 e DGR 21/25)

5. PROCEDURA DI INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN LISTA DI ATTESA

Viene applicata la procedura "Gestione Del Registro Di Prenotazione Ricoveri E Delle Liste Di Attesa Per Interventi Chirurgici", che definisce le modalità e le tempistiche di presa in carico, inserimento in lista di attesa, percorso di pre-ricovero, cronologia di chiamata e criteri inserimento in lista operatoria, manutenzione della lista di attesa, in applicazione delle linee di indirizzo del percorso del paziente chirurgico programmato di cui alla CSR 100 dd 9/7/2020.

UTILIZZO DELLE RISORSE

Cronogramma 2025 riferito al Finanziamento aggiuntivo e ulteriore recupero e riduzione liste d'attesa, denominato "Cronoprogramma Fn Agg ASUGI"

L'intero finanziamento è stato destinato a convenzioni da stipulare con i privati/accreditati. All'interno del cronoprogramma sono stati ripartiti sia gli importi già assegnati nell'anno 2023 agli Enti quale finanziamento per attività finalizzate con riferimento DGR 1037/2021, prorogati con la DGR 1927/24 per il 2025 per un totale di € 7.339.672,21, secondo i criteri di assegnazione ex 1037/21, che la parte incrementale pari a €3.526.870,79, suddivisa sulla priorità 3 secondo quanto riportato nella DGR 21/2025. Il finanziamento aggiuntivo pari a € 3.526.870,79 verrà assegnato in fase di negoziazione pubblica con gli Enti privati accreditati, per le tipologie di prestazioni già definite e su base percentuale in base al numero di offerenti per la medesima prestazione o secondo i criteri di ripartizione della 1037/21 prorogata con la 1927/24

Il cronoprogramma, con importo suddiviso per prestazioni da assegnare ai privati accreditati è stato presentato quindi su un budget complessivo di 10.866.534,00

I volumi ambulatoriali e di ricovero definiti per i privati accreditati sono teorici in quanto suscettibili di variazioni in funzione sia della tariffa del nomenclatore che della contrattazione che andrà fatta con le Strutture convenzionate.

Il cronoprogramma ad oggi presentato potrebbe variare nel corso del 2025 in quantità e tipologia in funzione della mancata accettazione da parte dei privati delle prestazioni necessarie ad ASUGI.

Cronoprogramma 2025 riferito al Fabbisogno per Piano operativo per recupero liste d'attesa, denominato "Cronoprogramma fin 04% ASUGI"

Riguardo all'allegato "Cronoprogramma fin 04% ASUGI", è stato definito, in fase di programmazione, dividendo tutto il finanziamento su prestazioni e quindi ore aggiuntive per il personale ASUGI.

Le strutture hanno il mandato di rispettare le liste d'attesa e, in particolare, come da linee di indirizzo regionali, garantire in maniera prioritaria i tempi di attesa massimi per gli interventi su pazienti oncologici e in priorità A, casistica nel quale il ritardo dell'erogazione è associata a grave peggioramento della prognosi. Gli interventi con priorità minori vengono effettuati anche in attività istituzionale.

Per quanto concerne la programmazione degli interventi da recuperare da cronoprogramma, si specifica che, vista l'ipotesi di ore in aggiuntiva per entrambe le fasce contrattuali, la ripartizione tra le priorità (1, 2 e 3) è stata effettuata sulla base delle liste d'attesa e sull'analisi delle necessità delle strutture per rispondere ai bisogni dell'utenza evidenziate dagli interventi erogati con "finanziamenti" analoghi durante il 2024.

Verranno assegnati anche obiettivi specifici alle strutture per la manutenzione delle liste d'attesa nelle priorità minori e organizzati incontri periodici per verificare lo scorrimento delle liste d'attesa e l'avanzamento delle eventuali pulizie.

In particolare, il numero dei ricoveri da recuperare è stato calcolato sulla base delle sedute aggiuntive pomeridiane, con un tempo medio d'intervento pari a 2,5 ore e con un'equipe di base composta da 2 medici, 1 anestesista e 3 infermieri, il numero dei ricoveri è stato calcolato su un tempo medio a prestazione pari a 30 minuti

RIFERIMENTI NORMATIVI

Nazionali

- DL 25.11.2024 Definizione delle tariffe all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica Gazzetta ufficiale n.302 del 27.12.2024)
- D.L. 07.06.2024, n. 73 convertito con L. 29.07.2024, n. 107. "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"
- Legge n. 234 del 30 dicembre 2021 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".
- Decreto-legge n. 73 del 25 maggio 2021 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali".

- Decreto-legge n. 104 del 14 agosto 2020 “Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia”.
- Decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020 “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”.
- Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA) di cui all'Intesa Stato-regioni del 21 febbraio 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 20 giugno 2019 “Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa”. - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”.
- Legge n. 161 del 30 ottobre 2014: “Disposizioni in materia di orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”.
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute dell'8 luglio 2011 “Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dell'utente e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”.
- Legge n. 120 del 3 agosto 2007 “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”.

Regionali

- DGR 21/2025 del 14.01.2025 “ LR 22/2019 Linee di Indirizzo e direttive regionali per le attività di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di recupero delle liste di attesa con utilizzo di linee specifiche di finanziamento finalizzato per l'anno 2025”
- DGR 2052/2025 del 30/12/2024 “LR 19/2019 linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025. Approvazione definitiva. Finanziamento agli Enti del SSR per il 2025. Assegnazione e erogazione in via provvisoria
- DGR 1924 del 13.12.2024 Nuovo Nomenclatore regionale in recepimento del nomenclatore nazionale previsto dal Decreto Interministeriale n.272/2024. Adozione
- DGR 1927 del 13.12.2024 “DGR 1037/2021 Accordo Triennale 2021-2023 tra la Regione FVG e le Associazione Rappresentative degli erogatori privati accreditati. Proroga per l'anno 2025”
- DGR 1871 del 6 dicembre 2024 “linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025”
- DGR 465 del 29.3.2024 Aggiornamento della tempistica per la definizione del nuovo nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Rinvio.
- DGR 1317 del 25/08/2023: “LR 13/2023 art. 8 commi 2-8 Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie”

- DGR 1244 del 4/8/2023 “LR 13/2023, art. 8, commi da 2 a 8. Governo tempi d’attesa delle prestazioni sanitarie. Ripartizione risorse e indicazioni”
- DGR 1198 del 27/07/2023 “DL 198/2022, art. 4, comma 9 octies. Piano operativo regionale per il recupero delle liste d’attesa per l’anno 2023”
- DGR n. 106 del 28/01/2022 “L 234/2021, art 1, comma 276, dl 104/2020, art 29 e dl 18/2020, art 18. Rimodulazione piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.”
- DGR n. 54 del 21/01/2022 “LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Approvazione preliminare.”
- DGR n. 1891 del 10/12/2021 “DI 73/2021, art 26, dl 104/2020, art 29 e dl 18/2020, art 18. Programma operativo per la gestione dell'emergenza da covid-19 della regione autonoma Friuli Venezia Giulia. Rimodulazione piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.”
- DGR n. 1037 del 02/07/2021 “Accordo triennale per il periodo 2021-2023, tra la regione Friuli Venezia Giulia e le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente ad oggetto l'erogazione per conto del servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate.”
- DGR n. 1036 del 02/07/2021 “DI 73/2021, art 26 - dl 104/2020, art 29 - dl 18/2020, art 18, comma 1. Programma operativo per la gestione dell'emergenza da covid-19 della regione autonoma Friuli Venezia Giulia. Riavvio attività piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.”
- DGR n. 1673 del 13/11/2020 “DI 104/2020, convertito con modificazioni dalla l 126/2020. Attuazione art 29, comma 9. Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa. Modifica DGR 1565/2020.”
- DGR n. 1565 del 23/10/2020 “DI 104/2020, convertito con modificazioni dalla l 126/2020. Attuazione art 29, comma 9. Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa. Approvazione.”
- DGR 1815 del 25.10.2019 “Approvazione del piano regionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021”
- DGR 2034 del 16.10.2015 “Organizzazione e regole per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa”
- LR n. 7 del 26/03/2009 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi d’attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario regionale.

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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 12/06/2025 14:56:30

IMPRONTA: 7B956C1A8469607E1D6C0BE9CBF448DB4B572305D615400E391E24B1EA703A24
4B572305D615400E391E24B1EA703A2408D40294A9599DE6DE6BC2F25CA4F233
08D40294A9599DE6DE6BC2F25CA4F233C37B694543E6136BB7FC866C53A0E775
C37B694543E6136BB7FC866C53A0E775ACDF712B4F548434D6C320809CADA34B

NOME: GIULIO ANTONINI

CODICE FISCALE: NTNGLI66S23L736J

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:04:31

IMPRONTA: 1BF81DA5551D5AF69E77C3A6705045273107B5513161D34BEFAE69282AFA8BA4
3107B5513161D34BEFAE69282AFA8BA4D183BCA792B4009D5927ADD5B5B3CEC3
D183BCA792B4009D5927ADD5B5B3CEC3FEFCACD1507B5D4D901C6508623C317F
FEFCACD1507B5D4D901C6508623C317F067C933D5362F773396029834DAA5AA1

NOME: DANIELE PITTIONI

CODICE FISCALE: PTTDNL61R10L483B

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:16:26

IMPRONTA: 2DBAED3CE45A3B9E6486C4F653A1F51153F0BDC3034FF24EB1387BD8C4E4669B
53F0BDC3034FF24EB1387BD8C4E4669B9EBB25D7D7BCFBE6E6366E54D412C005
9EBB25D7D7BCFBE6E6366E54D412C00572BFAD244535416C6C3887419F58686B
72BFAD244535416C6C3887419F58686B819FA0245CB41D03375026DD89D59BAA

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:29:58

IMPRONTA: 801BB081FF9F4FE5930C7760F980F2400EFCDF70E9624BB7E30AEC387AF49DED
0EFCDF70E9624BB7E30AEC387AF49DED6ED467E55D589D335FB007E4416B5046
6ED467E55D589D335FB007E4416B5046A46C421FB3204FBF5D7CC7E8AFAEB52B
A46C421FB3204FBF5D7CC7E8AFAEB52B4C9760CE5B9B44D783B6AA0101787BC1