

Allegato 1

Piano Attuativo ASUGI 2026



PIANO ATTUATIVO E BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO

2026

PREMESSA.....	4
RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ.....	7
LINEE PROGETTUALI.....	9
OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI	9
A. PNRR E STANDARD ASSISTENZIALI.....	9
B. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA.....	12
C. SVILUPPO DELLA RETE ONCOLOGICA.....	16
LINEE ORDINARIE DI GESTIONE.....	17
1. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA.....	17
2. ASSISTENZA TERRITORIALE E SOCIOSANITARIA.....	37
3. ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI.....	50
4. ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	59
5. RETI CLINICHE.....	65
6. SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY.....	70
7. FLUSSI INFORMATIVI.....	78
8. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	79
9. FORMAZIONE CONTINUA ED ECM	81
10. INVESTIMENTI.....	83
11. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ	85
12. IL MODELLO DI GESTIONE DELLE LINEE PROGETTUALI	95
VINCOLI GESTIONALI.....	96
RELAZIONE DESCRITTIVA MANOVRA DEL PERSONALE.....	101
RELAZIONE ECONOMICA AL BILANCIO DI PREVISIONE.....	116
CONTO ECONOMICO PREVENTIVO DEI PRESIDII OSPEDALIERI.....	122
ALLEGATI.....	124

PREMESSA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) prosegue il percorso di consolidamento dell'assetto organizzativo, in un contesto caratterizzato da un'evoluzione strutturale del Servizio Sanitario Regionale e da una crescente integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza. Le Linee Annuali di Gestione 2026, approvate con D.G.R. 1507 del 31 ottobre 2025, forniscono gli indirizzi fondamentali cui la programmazione aziendale deve uniformarsi ai sensi dell'art. 47 della L.R. 22/2019, indicando le priorità di azione, i criteri di riparto delle risorse, nonché le regole e i vincoli gestionali per l'anno 2026.

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina considera prioritaria la convergenza tra la finalizzazione degli investimenti del PNRR e l'attuazione del modello territoriale previsto dal DM 77/2022, secondo la pianificazione del Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale (D.G.R. 2042/2022).

Diventano operative le Case della Comunità, centro dell'assistenza di prossimità, nonché gli Ospedali della Comunità, punto di riferimento delle cure intermedia. Vengono adottati i modelli organizzativi, le infrastrutture e risorse condivise Centrali Operative Territoriali, piattaforma di telemedicina, Infermieri di famiglia/comunità, centrale 116117 per le cure mediche non urgenti, tutti fattori e snodi di cruciale importanza per lo sviluppo di un sistema assistenziale efficace ed efficiente.

La piena attuazione della riforma dell'assistenza territoriale si accompagna, oltre alla valorizzazione di tutto il personale sanitario e sociosanitario, al continuo potenziamento dei percorsi assistenziali, sempre più integrati tra ospedale e territorio, equi e soprattutto accessibili. Per farlo è fondamentale migliorare il governo della domanda, un maggior utilizzo delle risorse informative e una miglior gestione delle transizioni tra cura e riabilitazione e relativi setting, con ricadute positive anche sui tempi di attesa e sull'affollamento dei pronti soccorso, e non può prescindere dall'affinamento delle reti cliniche che rappresentano un elemento strutturale e consolidato del sistema.

L'implementazione delle infrastrutture tecnologiche, della telemedicina e delle piattaforme di interoperabilità assume un ruolo determinante per assicurare prossimità, continuità e integrazione dei percorsi assistenziali.

La gestione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie rappresenta per ASUGI una priorità strategica consolidata, in coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali e con il principio di equità nell'accesso alle cure.

ASUGI è chiamata a garantire il rispetto degli standard nazionali attraverso un governo integrato della domanda, il miglioramento dell'efficienza dei percorsi, l'aumento della produttività delle sale operatorie, la revisione dei modelli organizzativi e l'applicazione rigorosa dei criteri di appropriatezza prescrittiva. Il perseguimento di risultati di trasparenza, tracciabilità e uniformità nella gestione delle agende è un elemento imprescindibile per il raggiungimento degli obiettivi.

La programmazione 2026 richiede un forte impegno anche sul fronte delle reti cliniche regionali, con riferimento particolare alla rete oncologica, alle reti dell'emergenza-urgenza, alle reti delle patologie croniche e alla rete delle cure palliative. ASUGI è chiamata a contribuire al consolidamento dei modelli organizzativi regionali, alla standardizzazione dei percorsi e alla messa a regime delle funzioni cliniche territoriali e ospedaliere, favorendo la condivisione delle competenze e l'omogeneizzazione delle pratiche.

Il 2026 sarà caratterizzato dalla prosecuzione dell'attuazione del Piano della Rete Oncologica Regionale FVG avviato nel 2025 e approvato con DGR 117/2025. Per gli ambiti previsti dalla pianificazione regionale proseguirà la regolamentazione per finalità, strutturazione, modalità operative e responsabilità, la definizione dell'assetto organizzativo delle strutture, della distribuzione delle risorse e il loro utilizzo da parte dei nodi delle reti previste.

Per quanto riguarda le attività di prevenzione e sanità pubblica in attesa del nuovo Piano nazionale della Prevenzione per il periodo 2026–2031 proseguono le attività in essere e in continuità con la programmazione già prevista dal Piano regionale della prevenzione 2020-2025.

Proseguirà l'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 sovraccollamento 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 attraverso i percorsi di integrazione LEA-LEPS delle dimissioni protette.

Concorre anche 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 e, più in generale, la piena applicazione del nuovo modello di assistenza territoriale.

Un altro ambito strategico è rappresentato dalle politiche rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, alla luce dei nuovi indirizzi regionali e delle riforme nazionali in materia (Legge 33/2023), in particolare dal lavoro sul territorio di valorizzazione e messa in rete dei servizi residenziali e semiresidenziali in una logica di multifunzionalità e dalle sperimentazioni volte alla riconversione della spesa sanitaria a favore di modelli di abitare protetto e assistito che valorizzino il lavoro di comunità.

Sul tema delle demenze, in particolare, verrà data piena attuazione al PDTA aziendale e verranno avviati su tutto il territorio aziendale progetti di presa in carico di persone con demenza e disturbi del comportamento e familiari e care giver come definiti dalla sperimentazione di domiciliarità comunitaria.

La programmazione richiede di rafforzare la presa in carico integrata, di aggiornare protocolli e percorsi organizzativi (UVM, PUA), di sviluppare nuove forme di coordinamento tra servizi sociali, sanitari, ETS in una logica di coproduzione dei servizi e di assicurare la progressiva armonizzazione con i nuovi modelli regionali di riferimento. Contestualmente, ASUGI prosegue l'attuazione della riforma regionale della disabilità (L.R. 16/2022), completando il riassetto funzionale delle attività residenziali semiresidenziali e SIL, la definizione delle responsabilità operative e la riorganizzazione dei percorsi dedicati alle disabilità motorie, neurosensoriali, cognitive e intellettive, con attenzione specifica all'area minori e alle fasi della transizione.

Rientrano, inoltre, tra le linee di sviluppo in atto il progressivo riorientamento dei modelli di presa in carico e di progettazione individuale e partecipata delle persone con disabilità e di implementazione dei sistemi di programmazione e controllo di gestione delle risorse sanitarie-socio-sanitarie e sociali anche nell'ambito di modalità stabili di integrazione con gli ATS, di sperimentazione e innovazione di modelli organizzativi e di coprogrammazione e coprogettazione con gli ETS.

Nel 2026 continuerà il Progetto rete SUAP volto alla messa a sistema di appropriate soluzioni di presa in carico di persone con gravi cerebrolesioni acquisite (GCA).

Sempre in termini di messa in rete di percorsi di presa in carico e collegamento tra domicilio e strutture sanitarie e socio-sanitarie continua il processo sviluppo delle cure palliative in coerenza con gli indirizzi dei PDTA nell'ambito della rete regionale.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, l'Azienda è impegnata a garantire la piena operatività dei programmi regionali di screening, delle campagne vaccinali e delle attività di sorveglianza, incluse le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, secondo gli indirizzi nazionali e regionali. L'obiettivo è assicurare elevati standard di

copertura e tempestività, anche attraverso il rafforzamento dell'integrazione tra servizi di prevenzione, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Altro argomento rilevante riguarda il sistema informativo, in particolare l'interoperabilità, la cybersicurezza, la gestione dei dati, la privacy. La Cabina di regia regionale e il ruolo rafforzato di ARCS, delineati nella DGR 1507/2025, richiedono ad ASUGI un allineamento costante dell'architettura informativa e una partecipazione attiva alla trasformazione digitale del SSR. La corretta alimentazione dei flussi informativi e la riconfigurazione dei processi gestionali e clinici in ottica digitale rappresentano elementi essenziali per la qualità del sistema.

Nel quadro delle politiche del personale, la programmazione richiede il rafforzamento delle strategie di attrazione e la valorizzazione del capitale umano, l'investimento in accrescimento delle competenze.

Un ruolo centrale è attribuito anche alla formazione continua ed ECM, con l'adozione del Piano della Formazione Aziendale 2026, integrato nel PIAO 2026-2028, e con la partecipazione ai percorsi regionali coordinati da ARCS, in particolare quelli rivolti agli IFoC e ai direttori di struttura complessa.

Sul fronte economico-finanziario, il 2026 richiede un'attenta gestione dei fattori produttivi, il controllo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, il monitoraggio dell'impatto degli investimenti PNRR, nonché il rispetto dei vincoli regionali relativi al tetto di spesa del personale. Il processo di budget deve essere ulteriormente rafforzato, con una chiara attribuzione delle responsabilità gestionali e con un monitoraggio infrannuale puntuale dei costi e degli obiettivi.

RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

In base al vigente "Protocollo d'intesa tra Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, l'Università degli Studi di Trieste e l'Università degli Studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca", ASUGI e l'Università degli Studi di Trieste hanno definito un Accordo Quadro sottoscritto nel 2022

che rappresenta il prosieguo della collaborazione tra i due Enti cui inscrivere tutte le attività scientifiche, didattiche e di terza missione e della ricerca traslazionale di comune interesse e base su cui articolare specifici accordi attuativi, riguardanti collaborazioni e attività svolte in via principale ma non esclusiva con il Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e della salute (DSM).

Successivamente, nel 2023 e nel 2024, hanno sottoscritto rispettivamente un "Accordo Attuativo per l'attuazione dei servizi e delle attività della Biblioteca Centrale di Medicina" ed un "Accordo Attuativo Finalizzato alla Terza Missione".

In questi due ambiti, sono stati individuati i rispettivi referenti e sono state svolte le attività previste con coinvolgimento reciproco.

Le attività di ricerca, che in ASUGI coinvolge sia personale afferente al SSR che universitario convenzionato, inoltre, hanno visto costantemente il supporto delle Strutture di ASUGI e la collaborazione con il DSM attraverso il coinvolgimento delle rispettive competenze specialistiche.

Le più recenti Linee per la Gestione dell'SSR, Anno 2026, richiamano la normativa regionale che "persegue la finalità di sviluppare soluzioni e condizioni che consentano di attrarre soggetti privati a vantaggio del sistema sanitario e sociosanitario regionale, favorendo la salute e il benessere dei cittadini e valorizzando lo sviluppo di soluzioni innovative digitali e tecnologiche".

In questo ambito si colloca la partecipazione di ASUGI a progettualità di ricerca e innovazione, prevedendo per il prossimo anno l'attivazione dei Progetti già finanziati con contributo regionale ex. DGR n. 1706 del 14 novembre 2024, dei nuovi progetti presentati all'ultimo Bando AIFA (Medicina di Precisione e contrasto alle antibiotico-resistenze), al bando della Ricerca Finalizzata del MS, ai bandi regionali finanziati dalla LR 28 dicembre 2022, n. 22 (Art. 7), ai prossimi bandi CCM, nonché porterà a conclusione e rendicontazione finale i progetti in scadenza con finanziamento nazionale, con finanziamento FESR o UE, oppure con finanziamento regionale.

Nel contempo, ASUGI, con il coinvolgimento di UniTs, farà riferimento agli obiettivi individuati nelle Linee di Gestione per portare a maturazione e "mettere a sistema", nonché rendere pienamente operativo, il percorso previsto dagli obiettivi SSR (Anni 2024 e 2025, in particolare), avviati a livello regionale con il coordinamento di ARCS.

In particolare, per conseguire efficacemente tale obiettivo, nel 2026 si porterà a termine con UniTs quanto previsto dagli Artt. 1 e 4 dell'Accordo Quadro del 2022, attraverso la preparazione di un nuovo Accordo Attuativo individuante procedure, strumenti, attività e figure professionali da attivare congiuntamente per permettere percorsi aziendali e universitari trasparenti e riproducibili, finalizzati alla presentazione di progetti di ricerca e all'accesso a nuovi bandi competitivi (finanziamento pubblico e/o privato).

Tutto ciò nell'ottica di dare maggiore trasparenza, riproducibilità ed equità di accesso a clinici e a ricercatori di ASUGI, e/o convenzionati, ai percorsi necessari per predisporre nuove proposte progettuali e per costruire budget finanziari adeguati, che permettano il comune riconoscimento degli Enti partecipanti e la copertura dei costi necessari.

Il percorso, già abbozzato presso la Direzione del Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute, coinvolgerà anche gli altri Dipartimenti universitari che richiedono collaborazione scientifica ad ASUGI e degli Uffici di Ateneo dedicati alla gestione delle attività di ricerca, così da permettere una chiara definizione dei ruoli e competenze di ciascun partecipante nelle attività di scouting e management, valorizzando altresì quelle necessarie per la gestione amministrativo-economica, autorizzativa e di rendicontazione dei diversi programmi di ricerca, di volta in volta finanziati.

Inoltre, in coerenza con la LR 12/25, ed in applicazione del Protocollo regione università per la formazione delle classi dei corsi di laurea e dei corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie, l'Azienda promuove l'attività didattica e di formazione finalizzata allo sviluppo delle classi dei corsi di laurea e dei corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie: ASUGI garantisce la messa a disposizione presso le Università del personale incaricato RAFP e Tutor didattico – tenuto conto anche della disciplina stabilita dalle Linee di Gestione 2025 - nonché promuove e incentiva la programmazione e lo sviluppo delle attività di tirocinio dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie attraverso il proprio personale nell'ambito delle Strutture Aziendali. In questo contesto inoltre, consente lo svolgimento delle attività didattiche da parte del personale dipendente risultante vincitore dei bandi emessi dai Dipartimenti di Scienze Mediche delle Università Regionali secondo le previsioni del Protocollo d'intesa.

L'Azienda mette a disposizione gli spazi atti a garantire idonee sedi ai Corsi di Laurea delle professioni sanitarie nonché un supporto di tipo tecnico-amministrativo per consentire il raccordo delle procedure universitarie ed aziendali.

LINEE PROGETTUALI

In attuazione della D.G.R. 1507 dd. 3/12/2025 vengono di seguito definite le linee di attività per la programmazione aziendale da attuare nel corso dell'esercizio 2026, 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 2026 l'attività su due tipologie di linee progettuali:

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

OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI

Per l'anno 2026 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.

A. PNRR E STANDARD ASSISTENZIALI

A.1 TARGET PNRR

Nel presente paragrafo vengono ricordati esclusivamente alcuni dei principali target da raggiungere in attuazione del PNRR.

A.1.1 Case della Comunità

Per quanto riguarda le Case della comunità, ASUGI prosegue nell'attuazione di quanto prevedono gli atti programmatici nazionali e regionali in vigore, dando esecuzione al Contratto Istituzionale di Sviluppo, e allegato "Piano operativo regionale", e successive rimodulazioni, per l'attuazione del PNRR in Friuli Venezia Giulia.

A.1.2 Ospedali della Comunità

Nel corso dell'anno 2026 si continua nell'attuazione progressiva di quanto prevede, nei suoi contenuti aggiornati, il vigente Contratto Istituzionale di Sviluppo, e l'allegato "Piano operativo regionale", e successive rimodulazioni, per l'attuazione del PNRR in Friuli Venezia Giulia nei tempi previsti e nelle modalità stabilite.

A.1.3 Centrale 116117

La DGR n. 2052/2024 prevede, conformemente a quanto indicato nel documento "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", oggetto dell'Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni rep. Atti n. 221/CSR del 24 novembre 2016, nonché a quanto disposto dal DM 77/2022, che il numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti venga attivato.

L'esperienza maturata da ASUGI nel corso del 2025 sulla sperimentazione dell'attivazione del numero unico 116117 proseguirà nel 2026 attraverso la valutazione delle eventuali necessità di adeguamento del modello organizzativo anche in considerazione delle nuove funzioni dell'assistenza territoriale previste dal DM 77/2022, in particolare Centrali Operative Territoriali (COT), Case della Comunità e Ospedali di Comunità, in raccordo con ARCS.

A.2 GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO

Nel corso del 2026 sono previsti i seguenti obiettivi.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
A.2 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-apr 2025 31,4%)
A.2 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-apr 2025 55,9% Totale)
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	BERSAGLIO C16.1.NA	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti - (HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti (HUB)	>= 70% (valore gen-apr 2025 31,3%)
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	BERSAGLIO C16.1.NA	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti - (SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti - (SPOKE)	>= 80% (valore gen-apr 2025 55,5% Totale)
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	BERSAGLIO D9	Riduzione della percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso - (HUB)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso - (HUB)	<=6% (valore gen-apr 2025 8%)
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	BERSAGLIO D9	Riduzione della percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso - (SPOKE)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso - (SPOKE)	<=5% (valore gen-apr 2025 8,1%)
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	A.2.a	Fast track geriatrico: valutazione ed eventuale messa a punto	Relazione ed eventuale intervento	entro il 30.03.2026
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	A.2.a	Fast track geriatrico: valutazione ed eventuale messa a punto	Relazione ed eventuale intervento	entro il 30.06.2026
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	A.2.b.1	See and treat medico-infermieristico in PS	Adozione di almeno due percorsi per ogni azienda applicati in tutti i PS con presa in carico anticipata infermieristica	Applicazione di almeno due percorsi per ogni azienda applicati in tutti i PS con presa in carico anticipata infermieristica entro il 31.01.2026
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	A.2.b.2	See and treat medico-infermieristico in PS	Relazione di valutazione dell'efficacia dei percorsi adottati e applicati trasmessa alla DCS.	Trasmissione alla DCS della Relazione di valutazione richiesta entro il 30.06.2026
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	n° di dimissioni e n° di accoglimenti da PS effettuati giornalmente da lunedì a sabato nelle SC di medicina	media di dimissioni da reparti di medicina da lunedì a sabato su posti letto attivi >=60%

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	n° di dimissioni e n° di accoglimenti da PS effettuati giornalmente da lunedì a sabato nelle SC di medicina	media di ammissioni da pronto soccorso nei reparti di medicina generale da lunedì a sabato su posti letto attivi >= 60%
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	n° di dimissioni e n° di accoglimenti da PS effettuati giornalmente da lunedì a sabato nelle SC di medicina	% di sabati senza dimissioni da reparti di medicina (ad esclusione dei pazienti deceduti) <=20%
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	n° di dimissioni e n° di accoglimenti da PS effettuati giornalmente da lunedì a sabato nelle SC di medicina	% di sabati senza ammissioni provenienti da PS <=20%
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	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)	media settimanale di dimissioni da RSA da lunedì a sabato su posti letto attivi >=30%
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	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)	media settimanale di ammissioni in RSA, provenienti da strutture ospedaliere, da lunedì a sabato su posti letto attivi >=30%
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	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)	% di sabati senza dimissioni da RSA (ad esclusione dei pazienti deceduti) <=20%
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2	Gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso e dell'OBI	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)	% di sabati senza ammissioni in RSA da ricovero ospedaliero <=20%
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2.c	Dimissioni e accoglimenti da medicine e RSA: valutazione ed eventuale messa a punto	Relazione ed eventuale intervento con definizione Piano miglioramento	Trasmissione ad ARCS e alla DCS entro il 30.03 della relazione
A.2 Gestione del sovraccollamento del pronto soccorso	A.2.c	Dimissioni e accoglimenti da medicine e RSA: valutazione ed eventuale messa a punto	Relazione ed eventuale intervento con definizione Piano miglioramento	Trasmissione ad ARCS e alla DCS entro il 30.06 della proposta di interventi aziendali di miglioramento

B. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

L'evoluzione normativa introdotta dal decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, ha ulteriormente rafforzato il quadro di riferimento, prevedendo misure urgenti e strutturali finalizzate al miglioramento dell'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale nel recupero delle liste di attesa.

ASUGI partecipa all'attuazione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, prevista dall'articolo 1 del D.L. 73/2024 e gestita da AGENAS, garantendo l'interoperabilità con i sistemi informativi aziendali e regionali dedicati, al fine di assicurare l'efficacia, la trasparenza e l'uniformità del monitoraggio dei tempi di attesa.

Nell'ambito del Programma Attuativo Aziendale sul contenimento delle liste di attesa, redatto ai sensi della DGR n. 1815/2019, ASUGI adotta strumenti organizzativi e gestionali mirati, potendo ricorrere, ove necessario, all'erogazione di prestazioni aggiuntive ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della L.R. n. 13/2024, nel rispetto dei vincoli di spesa complessivi per il personale e dei criteri di sostenibilità economico-finanziaria.

ASUGI nel 2026 destinerà risorse a interventi organizzativi quali l'acquisto di prestazioni aggiuntive, l'assunzione di personale a tempo determinato o l'attivazione di commesse presso strutture private accreditate per prestazioni critiche, ai sensi dell'art. 6 dell'Accordo 2026-2029 approvato con DGR n. 1236/2025 e nei limiti di budget di cui all'art. 4 del medesimo Accordo.

L'Accordo tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e le Strutture private accreditate per il triennio 2026–2028, approvato con la DGR n. 1236 del 12 settembre 2025, definisce un nuovo quadro operativo. Ai sensi dell'art. 6, comma 6 dell'Accordo, una quota del budget sarà vincolata all'erogazione di prestazioni critiche, in base ai fabbisogni assistenziali e agli indicatori di pressione sulle liste d'attesa, come ulteriore strumento di governo della domanda e di riequilibrio dell'offerta, finalizzato al recupero strutturale delle prestazioni oggetto di accumulo o fuga. L'integrazione obbligatoria delle agende nel sistema CUP regionale e la distribuzione omogenea dei volumi lungo l'anno solare costituiscono requisiti imprescindibili per garantire accessibilità, tracciabilità e continuità assistenziale. La verifica dell'appropriatezza, della qualità e della coerenza dei volumi erogati è rivolta ad assicurare l'effettiva contribuzione degli erogatori privati al presidio dei livelli essenziali di assistenza e al contenimento strutturale dei tempi di attesa.

B.1 GOVERNO DELLA DOMANDA E APPROPRIATEZZA

Nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva proseguono le attività finalizzate a garantire il rispetto dell'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. Di seguito sono indicati alcuni obiettivi finalizzati a consolidare e migliorare l'attività già avviata.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
B.1 Governo della domanda e appropriatezza	B.1.a	Utilizzo RAO	Relazione e proposte di interventi di miglioramento	Trasmissione alla DCS e ad ARCS della relazione sull'andamento e di proposte di interventi per il miglioramento aziendale e proposte per interventi regionali per il miglioramento entro il 30.03.2026
B.1 Governo della domanda e appropriatezza	B.1.b	Utilizzo RAO	% utilizzo "Altro"	da 01.05.2026 Altro <= 20%
B.1 Governo della domanda e appropriatezza	B.1.b	Utilizzo RAO	% Valutazione concordanza	da 01.05.2026 Valutazione concordanza >= 90%

B.2 CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini

Tra le azioni di miglioramento per la gestione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si pone necessario mappare le dotazioni disponibili, considerando tipologia di apparecchiature, capacità operative e personale, e di analizzare la domanda storica attraverso i dati CUP, integrando i carichi derivanti da degenza e pronto soccorso. Le attività previste includono:

- Analisi della domanda e dell'offerta
- Mappatura delle risorse
- Ottimizzazione dei processi
- Appropriata prescrizione
- Monitoraggio dell'efficacia delle azioni implementate.

Questo approccio integrato mira a ridurre la variabilità non giustificata nella domanda, migliorare l'efficienza produttiva e garantire una presa in carico più tempestiva e appropriata, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali in materia di tempi di attesa.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.b	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	Trasmissione a DCS del documento di ricognizione delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini	Entro il 31.03.2026
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.c	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	Catchment index delle prestazioni del paniere Agenas incluse nel progetto (2° semestre)	+ 10%
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.d	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del paniere Agenas prescritte in classe di priorità B garantite entro i tempi (2° semestre)	+20% se dato 1° trimestre <=50% +15% se dato 1° trimestre >50% e <=70% +10% (o fino al 90%) se dato 1° trimestre >70% Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.e	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del paniere Agenas incluse nel progetto prescritte in classe di priorità D garantite entro i tempi (2° semestre)	+20% se dato 1° trimestre <=50% +15% se dato 1° trimestre >50% e <=70% +10% (o fino al 90%) se dato 1° trimestre >70% Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.f	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del paniere Agenas incluse nel progetto prescritte in classe di priorità P garantite entro i tempi (2° semestre)	+20% se dato 1° trimestre <=50% +15% se dato 1° trimestre >50% e <=70% +10% (o fino al 90%) se dato 1° trimestre >70% Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026

B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato

La riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati richiede da parte di ASUGI un impegno concreto e sfidante, volto a migliorare la programmazione delle attività e a rendere più efficiente l'organizzazione interna, con l'obiettivo di assicurare ai cittadini percorsi di cura tempestivi, appropriati e omogenei su tutto il territorio di competenza.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato	B.2.2.a	Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	Individuazione dei fattori all'origine dei ritardi per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa	documento trasmesso a DCS entro il 31.1.2026
B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato	B.2.2.b	Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	Definizione e applicazione di un piano di recupero immediato per ciascun intervento e ciascuna struttura erogativa (2° semestre)	entro il 31.3.2026
B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato	B.2.2.c	Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	Definizione degli interventi con cui ridurre/eliminare i fattori individuati nel medio termine per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa	entro il 30.6.2026

B.3 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

B.3.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
B.3.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	LEA NSG D10Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – monitoraggio ex post (residenti FVG)	>=90%
B.3.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	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 – monitoraggio ex post (residenti FVG)	>=90%

B.3.2 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 76,87 Valore gen-apr 2025 93,75%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 86,21% Valore gen-apr 2025 100%)
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 76,47% Valore gen-apr 2025 86,36%)
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 64,10% Valore gen-apr 2025 83,33%)
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 89,38% Valore gen-apr 2025 97,50%)
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 90% Valore gen-apr 2025 100%)
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 87,04% Valore gen-apr 2025 88%)
B.3.2 Monitoraggio 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 2024 70,59% Valore gen-apr 2025 94,74%)

B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica	B.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 2024 82,08% Valore gen-apr 2025 74,74%)
B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica	B.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 2024 68,18% Valore gen-apr 2025 56,72%)
B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica	B.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 2024 76,19% Valore gen-apr 2025:71,79 %)
B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica	B.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 2024 85,25% Valore gen-apr 2025 89,11%)

C. SVILUPPO DELLA RETE ONCOLOGICA

Nel corso del 2026 l'obiettivo generale sarà dare piena attuazione ai piani di riorganizzazione dell'attività di oncologia elaborati nell'anno 2025. Saranno inoltre sviluppati i PDTA aziendali per i tumori del colon, del retto, della prostata, dell'ovaio e dell'utero e garantita la partecipazione per la definizione dei PDTA regionali dedicati all'epatocarcinoma, ai tumori del pancreas e delle vie biliari, dell'esofago e della giunzione gastroesofagea, del sistema nervoso centrale e del polmone.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
C.3 Percorsi di cura	C.3.a	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia del COLON.	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia del colon con applicazione ad almeno tre pazienti	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia del colon entro il 31.12.2026 con applicazione ad almeno tre pazienti
C.3 Percorsi di cura	C.3.b	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia del RETTO	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia del retto	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia del retto entro il 31.12.2026
C.3 Percorsi di cura	C.3.c	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia della PROSTATA	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia della prostata	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia della prostata entro il 31.12.2026
C.3 Percorsi di cura	C.3.d	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'OVAIO	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio entro il 31.12.2026
C.3 Percorsi di cura	C.3.e	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia dell'utero	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'utero entro il 31.12.2026

LINEE ORDINARIE DI GESTIONE

1. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

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

I referenti aziendali individuati nei singoli programmi garantiscono l'attuazione, il monitoraggio e la partecipazione alle attività regionali previste dai nuovi Piani della prevenzione, nazionale e regionale, se già approvati, o comunque in prosecuzione dei precedenti, e dai nuovi Piani pandemici, nazionale e regionale, se già approvati o in prosecuzione dei precedenti.

I recenti cambiamenti climatici richiedono una pianificazione degli interventi sia nelle strutture sanitarie che sul territorio a tutela di persone anziane o fragili, evitando o riducendo i ricoveri ospedalieri ed i possibili esiti mortali.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.1 Realizzazione della attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore	1.1.a	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani di prevenzione	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%
1.1 Realizzazione della attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore	1.1.b	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani pandemici	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%
1.1 Realizzazione della attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore	1.1.c	Analisi e redazione di un piano, per ciascuna Azienda Sanitaria, di prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute secondo le linee di indirizzo della DCS	Analisi e redazione di un piano, per ciascuna Azienda Sanitaria, di prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute secondo le linee di indirizzo della DCS.	1 Piano aziendale e territoriale

1.2 Ambiente, clima e salute

Il processo di elaborazione e stesura del nuovo Piano nazionale della Prevenzione per il periodo 2026–2031 è in corso. È comunque previsto che nella revisione del Programma predefinito PP9 "Ambiente Clima e salute" del precedente Piano venga garantita la prosecuzione degli interventi messi in atto tenendo conto dei risultati conseguiti ed anche delle esperienze virtuose già in essere promosse da altre pianificazioni nazionali. Nelle fasi di pianificazione si terrà necessariamente conto della riforma istitutiva del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) per assicurare una interazione stabile, efficiente ed efficace di SNPS e SNPA, anche nelle loro articolazioni territoriali.

Risulta pertanto strategico dare continuità alle azioni declinate nel contesto regionale dal Piano regionale della prevenzione 2020-2025 il cui Programma predefinito PP9 "Ambiente, clima e salute" contiene le strategie in materia di ambiente-salute mirate all'adozione di azioni di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali.

A riguardo, il Programma ha incluso in particolare alcuni obiettivi prioritari e previsto specifiche linee di lavoro che nel 2024 e 2025 sono state indirizzate soprattutto ad iniziative di informazione e formazione sui temi ambiente, clima e salute per operatori interni al SSN e operatori di possibili altri attori regionali istituzionali portatori di interesse in modo da favorire l'interconnessione tra la salute umana, quella animale e quella dell'ambiente secondo l'approccio One Health.

Nel corso del 2026, in continuità con quanto sopra e sulla base dei rapporti relativi ai cambiamenti climatici in atto e degli effetti sulla salute, si rende necessaria l'implementazione di strategie di adattamento ai cambiamenti climatici e di formazione degli operatori coinvolti in maniera intersettoriale e multidisciplinare secondo l'approccio One Health. Fondamentale, anche in coerenza con la D.G.R. n. 167/2023 "Istituzione del sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici – SRPS", è la partecipazione di ASUGI agli incontri dei vari tavoli di lavoro attivati al fine di promuovere il rafforzamento con la salute degli scenari dei cambiamenti climatici per pianificare ed attuare una maggiore integrazione tra gli effetti ambientali e quelli sanitari con particolare attenzione alla valutazione delle conseguenze sulla salute attraverso forme di sorveglianza epidemiologica umana e veterinaria.

La programmazione e la rendicontazione delle attività (controlli, formazione, informazione) REACH-CLP seguiranno per il 2026 la logica del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" introdotto con il D.M. 12 marzo 2019 e specifica scheda indicatore P08Z.

Le attività di controllo proseguiranno anche in sinergia e integrazione su specifiche matrici, ambiti ed altre autorità.

Dall'anno 2026, per definire il numero di imprese e controlli su prodotto viene tenuto conto anche della popolazione che insiste sul territorio di competenza applicando un fattore. Al netto del fattore moltiplicativo, i valori espressi in tabella trovano riscontro anche nell'andamento delle pregresse annuali programmazioni e rendicontazioni elaborate. Anche per la quantificazione dei controlli sui prodotti biocidi si tiene conto della popolazione che insiste sul territorio di competenza applicando lo stesso fattore moltiplicativo adottato per REACH e CLP.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.a	Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro interaziendali tra Aziende sanitarie regionali per l'adozione del nuovo Piano nazionale della Prevenzione 2026-2031 secondo il modello organizzativo di integrazione già condiviso dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie per l'implementazione del precedente Piano.	N. incontri di lavoro ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>= 10
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.b	Partecipazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie alle attività dei gruppi di lavoro tra i diversi Enti istituzionali coinvolti, per l'implementazione delle azioni previste dalle normative locali di settore (FVGreen, Prima variante al PGT, D.G.R. n. 167/2023 "Istituzione del sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici – SRPS", piano radon ...)	% incontri di lavoro, ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>= 90
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.c.1	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Numero di imprese controllate	>= 18
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.c.2	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Numero di controlli su prodotto	>= 35
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.d	Garantire la partecipazione in presenza al training for trainers nazionale REACH-CLP	Numero di partecipanti per azienda	>= 1

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.e	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli sui prodotti biocidi per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc).	Numero controlli	>=2
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.f	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano pluriennale dei controlli sul mercato dei prodotti cosmetici, per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. cosmetici non allo stadio di prodotti finiti) o su specifici ambiti.	N° controlli per Azienda sanitaria	>=2
1.2 Ambiente, clima e salute	1.2.g	Garantire l'implementazione del sistema informativo AnTeA, secondo le richieste che perverranno dal CeNSiA, relativamente alle filiere idropotabili presenti sul territorio	Evidenza trasmissione dati	100%

1.3 Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro

1.3.1 Luoghi di lavoro che promuovono salute

In ambito extra-sanitario continuerà, anche in mancanza di indicazioni nazionali, 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/>. ASUGI assicura 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), in coerenza con le 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.

ASUGI garantisce la partecipazione agli eventi formativi specifici, agli incontri promossi dalla DCS e da ARCS nell'ambito dei diversi gruppi di coordinamento, dando seguito alle progettualità elaborate dai gruppi stessi.

Dovranno essere adottate le buone pratiche condivise sui rischi psico-sociali in sanità previste dal PRP. Le attività previste nel PRP per l'anno in corso sono 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 RSPD aziendali, integrando ove possibile le azioni dei Comitati Unici di Garanzia e le altre iniziative dedicate al benessere del personale e alle strategie di prevenzione delle malattie del personale, promuovendo la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali, garantendo percorsi di formazione in materia;
- la manutenzione del sito WHP regionale e del sito HPH regionale e delle sue articolazioni aziendali;
- la collaborazione nell'attuazione delle linee previste dal piano di prevenzione sui luoghi di lavoro che promuovono la salute;
- l'adozione di buone pratiche condivise sui rischi psico-sociali e la loro integrazione con il benessere psicofisico.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.3 Luoghi che promuovono salute	1.3.1.a	Realizzazione da parte delle imprese aderenti al Programma di interventi previsti dal "Manuale WHP" per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Percentuale delle imprese aderenti al programma che realizzano almeno un intervento nel corso dell'anno	% imprese >= 20%
1.3 Luoghi che promuovono salute	1.3.1.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%

1.3.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro

L'anno 2026 sarà dedicato sia alla declinazione locale di possibili futuri piani mirati sulla base dell'analisi locale dei fattori di rischio, del fenomeno infortunistico e tecnopatico, sia alle attività di vigilanza, concentrate nei settori a maggior rischio infortunistico dell'edilizia e dell'agricoltura. Tale vigilanza "tradizionale" sarà affiancata anche dai controlli svolti con la metodologia dei piani mirati di prevenzione, che avrà come obiettivo il rischio da calore e radiazione solare. Nel corso del 2026 ASUGI elaborerà un piano mirato di prevenzione degli infortuni che tenga conto delle caratteristiche produttive e territoriali e parteciperà all'elaborazione di un piano mirato a carattere regionale da sviluppare e recepire nel nuovo Piano regionale della Prevenzione.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.3.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro	1.3.2.a	Analisi e redazione di un piano mirato di prevenzione (PMP) degli infortuni per ciascuna Azienda Sanitaria e di un piano mirato di prevenzione degli infortuni trasversale a carattere regionale	n. PMP	1 PMP locale e 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)
1.3.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro	1.3.2.b	Vigilanza in almeno il 5% delle imprese, secondo quanto definito da Flussi INAIL Regioni e vigilanza nel 12% dei cantieri notificati nel 2024 o pari almeno a quanti vigilati nel 2024 più 10%	Numero di imprese controllate >= 2.574	Imprese >= 731
1.3.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro	1.3.2.b	Vigilanza in almeno il 5% delle imprese, secondo quanto definito da Flussi INAIL Regioni e vigilanza nel 12% dei cantieri notificati nel 2024 o pari almeno a quanti vigilati nel 2024 più 10%	Numero di cantieri ispezionati >= al 12% dei cantieri notificati o in numero pari a quanti vigilati nel 2024 più 10%	Cantieri >= 288

1.3.3 Piano mirato di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro sul rischio da calore

ASUGI si impegna ad elaborare un piano mirato di prevenzione, che abbia come obiettivo la prevenzione del rischio da calore e radiazione solare negli ambienti di lavoro che verranno individuati tra quelli in cui l'esposizione è maggiore e significativa. Il Piano avrà durata annuale e la fase di verifica dell'adozione delle buone prassi da parte delle imprese individuate verrà svolta nel corso dei mesi primaverili ed estivi.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.3.3 Piano mirato di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro sul rischio da calore	1.3.3.a	Analisi del contesto territoriale specifico e completamento di un piano mirato di prevenzione (PMP) del rischio da calore per ciascuna Azienda Sanitaria o trasversale a carattere regionale.	n. PMP	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)

1.3.4 Prevenzione delle patologie tumorali professionali, dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

ASUGI si impegna a predisporre almeno un piano mirato di prevenzione o a programmare degli interventi di prevenzione per il futuro Piano regionale della Prevenzione, partendo dall'analisi delle caratteristiche del contesto produttivo locale, dell'andamento delle patologie professionali e della conoscenza locale dei fattori epidemiologici e socio-occupazionali. Al gruppo di lavoro del Dipartimento di Prevenzione sarà assicurata la partecipazione della UCO Medicina del Lavoro.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.3.4 Prevenzione delle patologie tumorali professionali, dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.3.4.a	Redazione di proposta progettuale o di PMP sul rischio stress lavoro correlato	Redazione progetto o PMP	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)
1.3.4 Prevenzione delle patologie tumorali professionali, dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.3.4.b	Redazione di proposta progettuale o di PMP sul rischio ergonomico	Redazione progetto o PMP	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)
1.3.4 Prevenzione delle patologie tumorali professionali, dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.3.4.c	Redazione di proposta progettuale o di PMP sul rischio da esposizione a cancerogeni e reprotossici	Redazione progetto o PMP	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)

1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Anche per il 2026 proseguono le attività volte a promuovere e migliorare la prevenzione delle malattie infettive garantendo:

- la partecipazione degli operatori sanitari agli incontri ed eventi formativi organizzati e coordinati dalla Direzione centrale salute;
- l'attivazione di almeno un percorso interaziendale per la prenotazione e l'accesso facilitato alla vaccinazione, anche su iniziativa degli specialisti clinici, per soggetti con rischio aumentato per patologia o sviluppo di gravi complicanze;
- l'attivazione di almeno un percorso interaziendale per la vaccinazione in ambito scolastico;
- l'implementazione della sorveglianza delle malattie infettive tramite Premal e le piattaforme specifiche.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.4.a	Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000 di migranti: vaccinazione di almeno il 10% delle coorti oggetto di attività supplementari aziendali	Presentazione di un progetto aziendale per la vaccinazione supplementare per MPR nei soggetti appartenenti alle coorti 1975-2000	> =10%
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.4.b	Consolidazione dei servizi di sorveglianza delle Paralisi Flaccida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale impegnandosi a segnalare il 100% dei casi osservati (attività coordinata da ASUFC)	Percentuale dei casi segnalati ad ISS su quelli osservati	100% segnalazioni

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.4 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%)
1.4 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%)
1.4 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%)
1.4 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%)
1.4 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 nella coorte di nascita 2014.	> 75% (valore 2022 25,85%)
1.4 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%)
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	BERSAGLIO B7.4	BERSAGLIO B7.4 Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 25% (valore 2022 18,63%)
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.4.c	Procedure di acquisizione di vaccini e/o farmaci per immunizzazione passiva nel rispetto delle tempistiche	Indizione delle procedure ordinarie: 40 giorni dalla richiesta di indizione delle procedure Indizione delle procedure urgenti: 30 giorni dalla richiesta	
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.4.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%
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.4.e	Aumentare la copertura vaccinale per dTPa nelle donne gravide	Numero di donne gravide vaccinate in gravidanza per dTPa	>33%
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.4.f	Aumentare la copertura dell'immunizzazione anticorpo monoclonale anti RSV durante la stagione epidemica	Numero soggetti immunizzati durante la stagione epidemica (nati da agosto 2024 a marzo 2025)	>75%

1.5 Dipendenze

I dati regionali dell'ultimo rapporto ESPAD sulla popolazione studentesca del FVG (15-19 anni) evidenziano un aumento nei consumi di sostanze illegali dal 2021 al 2023. Tra i problemi comportamentali che possono evolvere in dipendenza, l'ESPAD rileva il comportamento di gioco d'azzardo che riguarda il 49,7% degli studenti della Regione, dei quali il 10,6% manifesta un profilo di gioco "a rischio", mentre il 5,3% un profilo di gioco "problematico".

I consumi di alcol costituiscono una vera e propria emergenza nella nostra Regione, non solo nella popolazione adulta ma anche in quella giovanile, in quanto le percentuali sia nell'utilizzo sia negli abusi alcolici nei precedenti 30 giorni dalla rilevazione nella popolazione studentesca risultano superiori rispetto alla media nazionale (64,4% consumatori di alcol in regione rispetto al 58,4% in Italia; il 16% in regione con ubriacature rispetto al 15,3% in Italia; il 32,1% in regione con *binge drinking* rispetto al 28,6% in Italia).

Infine, forte preoccupazione desta il consumo di farmaci e psicofarmaci senza prescrizione tra i giovani e giovanissimi, per il quale il rapporto ESPAD relativo ai 15- 19 anni rileva per il FVG valori significativamente più elevati della media nazionale: riferisce di averne un consumo frequente, ossia 10 o più volte nei 30 giorni precedente la rilevazione, il 4,4% degli studenti, a fronte del 2,3% della media nazionale.

Tali dati, indicativi delle marcate fragilità presenti tra i più giovani, suggeriscono la necessità di potenziare gli interventi lungo tre linee di lavoro, tra loro strettamente connesse: interventi di prevenzione universale in ambito scolastico rivolti alle classi, azioni di intercettazione precoce dei ragazzi a rischio nel contesto extra-scolastico e presa in carico dei giovani consumatori da parte del Ser.D *under-25*.

Risulta evidente la necessità di garantire l' omogeneità dell' offerta di servizi sul territorio regionale, mediante forme economiche, funzionali ed efficaci che prevedano maggior integrazione tra Aziende Sanitarie e risorse del Terzo Settore.

Per il 2026 si intende dare ulteriore sviluppo e consolidamento agli interventi di prossimità nei luoghi di aggregazione giovanile, che rappresentano una strategia fondamentale per favorire percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, anche attraverso il confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento, promuovere la cultura della legalità e della sicurezza, prevenire o ridurre i più comuni rischi legati al consumo di sostanze (attraverso attività di *counseling*, di ascolto, di informazione mirata, di distribuzione di materiali, di misurazione alcolimetrica), nonché riconoscere precocemente situazioni di disagio e favorire il rapporto con i servizi dedicati all'età evolutiva.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.5 Dipendenze	1.5.a	Sviluppo e consolidamento di interventi di prevenzione selettiva e indicata per adolescenti e giovani in contesti extrascolastici finalizzati al consolidamento di stili di vita sani, il miglioramento delle competenze delle risorse presenti e lo sviluppo di sinergie con i servizi socio-educativi del territorio, e all' intercettazione precoce di giovani consumatori di sostanze psicoattive	Attivazione di almeno una tipologia di intervento di prossimità in contesti extrascolastici e di aggregazione giovanile, promossi dai Servizi delle dipendenze, in collaborazione con i Comuni o altri Enti del territorio, cooperative sociali e altri enti di Terzo Settore	>=1

1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria

La Regione Friuli Venezia Giulia gestisce ed implementa il sistema di sorveglianza veterinaria secondo la normativa nazionale e dell'Unione europea in tema di sanità pubblica, sicurezza alimentare, sanità animale, sistema I&R, biosicurezza degli allevamenti, benessere degli animali, farmacovigilanza, e igiene urbana veterinaria. Adotta 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 della sorveglianza epidemiologica rientrano i Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria, a supporto delle 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 ed è stato recentemente stipulato un Accordo di collaborazione con il medesimo IZSve di durata triennale (2025-2027).

Anche per l'anno 2026 ASUGI si impegna ad assicurare la realizzazione del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale raggiungendo gli obiettivi rivisti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari. In particolare, l'Azienda dovrà assicurare tutti gli interventi ispettivi e di audit previsti per settore dal PRISAN, il numero di valutazione 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.

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

Prosegue e si potenzia l'attività di monitoraggio sanitario entomologico, volta all'individuazione precoce e al contenimento degli imenotteri a potenziale impatto sulla salute pubblica e sulla sanità apistica, con articolare attenzione alle specie aliene o neoinvasive come *Vespa orientalis* e *Vespa velutina*. Coordinata dal Gruppo di lavoro regionale sugli Imenotteri, l'attività rappresenta un elemento strutturale della sorveglianza sanitaria apistica e della prevenzione del rischio da punture. ASUGI, attraverso i referenti individuati, sarà coinvolta nella realizzazione delle azioni regionali, finalizzate alla protezione degli alveari, alla tutela della sicurezza alimentare e alla riduzione del rischio per la popolazione esposta.

Sul versante informatico nel corso del 2026 ASUGI dovrà 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
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.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 2026 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.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 2026 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.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. di campionamenti di alimenti effettuati/ n. di campionamenti di alimenti programmati per 2026 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.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. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN realizzati / n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN programmati per 2026 da PRISAN	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	LEA CORE P10Z	Migliorare la copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino*	100%

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
<p>* indicatore composito: = [(numero delle aziende bovine controllate per anagrafe / 3% delle aziende bovine in BDN) x 100] x 0,1 +[(numero delle aziende ovicaprine controllate per anagrafe / 3% delle aziende ovicaprine in BDN) x 100] x 0,05 +[(numero di capi ovicapri controllati per anagrafe / 5% degli ovicapri) x 100] x 0,05 +[(numero delle aziende suine controllate per anagrafe / 1% delle aziende suine in BDN) x 100] x 0,1 +[(numero delle aziende equine controllate per anagrafe / 5% delle aziende equine in BDN) x 100] x 0,1 +[(numero degli allevamenti apistici controllati per anagrafe / 1% degli allevamenti in BDN) x 100] x 0,1 +[(n° dei controlli svolti mediante campionamenti ed analisi in attuazione del Piano Nazionale Alimentazione Animale dell'anno di riferimento / n° dei controlli mediante campionamenti ed analisi minimi stabiliti dal medesimo Piano per l'anno di riferimento) x 100] x 0,3 + [(n° di operatori controllati per farmacosorveglianza / operatori controllabili) x 100] x 0,2. Tutti gli indicatori devono tendere a 100%, sono fissate dal Ministero delle soglie minime di inaccettabilità che sono pari al 90% ad eccezione degli ultimi 3 indicatori per i quali sono fissati rispettivamente le soglie minime del 60%, 70% e del 100%.</p>				
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	Lea NSG P12Z	Migliorare la copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale*	100%
<p>* indicatore composito: = [(n° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n° dei controlli previsti dal medesimo Piano) x 100] x 0,4 +[(n° dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di prodotti fitosanitari in attuazione del DM 23 dicembre 1992/n° dei controlli previsti) x 100] x 0,4 +[(n° dei controlli minimi svolti in attuazione del Piano Nazionale per il controllo degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari/n° dei controlli minimi stabiliti dal medesimo piano 3) x 100] x 0,2 Tutti gli indicatori devono tendere a 100%, sono fissate dal Ministero delle soglie minime di inaccettabilità che sono pari al 90%.</p>				
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	LEA CORE P11Z	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	Percentuale di controlli in attuazione del PNBA sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute (Fonte VETINFO)	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.e	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con l'ente pagatore	Percentuale di controlli effettuati rispetto a quelli previsti per gli atti di interesse di a condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.f	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%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.g	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%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.h	Igiene Urbana Veterinaria: Realizzazione di percorsi formativi di cui all'ordinanza del Ministero della Salute 6/8/2013 e ss.mm.ii	Realizzazione di almeno un corso di formazione	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.i	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%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.j	Utilizzo del sistema GISA per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN. Avvio del sistema GISA per l'Area Igiene Pubblica per la gestione delle attività di controllo ufficiale (programmazione, inserimento e rendicontazione)	Report con evidenza dell'avvio integrale di tutti i sistemi	100% utilizzo sistemi

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.k	Coordinare le attività di monitoraggio e gestione degli spiaggiamenti di tartarughe marine e cetacei, garantendo la segnalazione degli eventi da parte delle Aziende sanitarie alla DCS e la trasmissione annuale dei dati al MASE, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni 83/CSR del 10/07/2014.	% di eventi di spiaggiamento segnalati alla DCS rispetto al totale degli eventi rilevati sul territorio regionale	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.l	Filiera dei molluschi bivalvi Esecuzione delle attività di monitoraggio per il mantenimento delle zone classificate per la produzione e raccolta dei molluschi	% dei controlli effettuati su numero di controlli programmati (fonte report VETINFO / IZSVe)	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.m	Attuare il monitoraggio sanitario apistico ed entomologico per l'individuazione e il contenimento degli imenotteri alieni o neo-invasivi, con il coinvolgimento delle Aziende sanitarie e nel rispetto della programmazione regionale.	Attuazione del monitoraggio sanitario apistico ed entomologico nelle aree già infestate da <i>V. orientalis</i> . Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) e % di segnalazioni validate di <i>Vespa velutina</i> trasmesse dai referenti aziendali al sistema di sorveglianza regionale rispetto al totale dei casi noti o confermati.	100%
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.6.n	Progetto Piccole Produzioni Locali: effettuare le attività previste su prodotti lattiero caseari di malga e vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc	Report trasmesso entro il 31.01.2027, con i dati relativi al 31.12.2026, recante: - n. di PPL vegetali registrate - n. di ispezioni, - analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto, - dettaglio delle attività eseguite su tutti i prodotti del paniere	100%

1.7 Attività di screening non oncologici

ASUGI avvierà attività di identificazione precoce di malattia o suoi precursori su popolazione tramite i programmi di screening e in particolare garantiranno la partecipazione degli operatori sanitari agli incontri ed eventi formativi organizzati e coordinati dalla Direzione centrale salute e ARCS e l'attivazione dei nuovi programmi di screening in età pediatrica.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.7 Attività di screening non oncologici	1.7.a	Aumento dell'adesione dello screening HCV sulla popolazione 1969 1989	Percentuale adesione della popolazione 1969 1989	>=35%
1.7 Attività di screening non oncologici	1.7.b	Aumento dell'adesione dello screening HCV sulla popolazione dei Serd	Percentuale adesione della popolazione dei Serd	>=75%
1.7 Attività di screening non oncologici	1.7.c	Aumento dell'adesione dello screening HCV sulla popolazione delle carceri	Percentuale adesione della popolazione delle carceri	> 95%
1.7 Attività di screening non oncologici	1.7.d	Attivazione dello screening pediatrico diabete di tipo 1	Attivazione dello screening regionale	Screening attivato
1.7 Attività di screening non oncologici	1.7.e	Attivazione dello screening neonatale celiachia	Attivazione dello screening neonatale celiachie	Screening attivato

1.8 Prescrizione dell'attività fisica e Screening cardiovascolare

Al fine di promuovere il miglioramento degli stili di vita nei soggetti affetti da malattie croniche non trasmissibili o con fattori di rischio per il loro sviluppo, proseguono le attività già iniziate e in parte sviluppate nel corso del quadriennio 2021-25. In particolare nel 2026 ASUGI garantirà:

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.8 Prescrizione dell'attività fisica e Screening cardiovascolare	1.8.a	Effettuare 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% visitati
1.8 Prescrizione dell'attività fisica e Screening cardiovascolare	1.8.b	Promuovere la prescrizione dell'esercizio fisico e l'adozione di stili di vita sani nei soggetti a rischio CV alto e molto alto per prevenire l'aggravarsi della condizione clinica e migliorare l'efficienza fisica	Potenziare il programma di prescrizione dell'esercizio fisico	1

1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni

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

- promozione di iniziative di sensibilizzazione sul bilancio di salute pre-concezionale;
- prosecuzione della formazione sull'allattamento con metodologia BPL, indirizzata agli operatori aziendali dedicati e monitoraggio dei livelli di allattamento al seno sia in fase di dimissione dal Punto nascita che alla seconda vaccinazione;
- rafforzamento del percorso post-natale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino mediante offerta aziendale per i nuovi nati di incontri post-natali a sostegno delle competenze genitoriali;
- promozione della salute neuropsichica del bambino tramite l'identificazione precoce dello sviluppo atipico e l'implementazione di azioni a sostegno attraverso il rafforzamento della rete fra pediatria di libera scelta e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.a.1	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	>=80%
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.a.2	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento	Percentuale delle schede inserite nel portale di donne che allattano al seno nei punti nascita (rilevati alla dimissione)	>=90%
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.a.3	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento	Percentuale di registrazione del dato sull'allattamento al seno rilevato alla seconda vaccinazione	>=70%
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.b	Promozione e sostegno all'allattamento. Le Aziende promuovono la donazione del latte umano per l'alimentazione dei neonati ad alto rischio	disponibilità di materiale informativo per promuovere la donazione del latte materno	evidenza

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.c	Percorso postnatale a sostegno della genitorialità. Le Aziende potenziano l'offerta di corsi post-natali a sostegno delle competenze genitoriali	Numero di coppie che hanno partecipato a corsi post-natali / n° nati	> =50%
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.d	Vaccinazioni in gravidanza: le Aziende definiscono un protocollo operativo per l'offerta e la somministrazione delle vaccinazioni in gravidanza	Presenza del documento	evidenza

1.10 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento

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

Dal 2026 le funzioni sono svolte da ARCS, che subentra ad ASUGI che dovrà quindi utilizzare i dati e i report per formazione dei medici e degli operatori sanitari ai corretti stili di vita e per la sensibilizzazione dell'utenza, 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 e da altri documenti regionali.

Linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.10 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	1.10.c	Elaborazione dati sugli stili di vita e invio report alla DCS e alle Aziende Sanitarie	Report stili di vita	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati (FVG: n. 1 report, entro il 31 dicembre 2026)

1.11 Sicurezza negli ambienti di vita

Nel corso del 2026 proseguiranno le attività di formazione rivolte ai medici e agli operatori, in particolare quelli a contatto con utenza anziana e pediatrica, 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.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.11 Sicurezza negli ambienti di vita	1.11.a	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
1.11 Sicurezza negli ambienti di vita	1.11.b	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
1.11 Sicurezza negli ambienti di vita	1.11.b	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 REPORT

1.12 Alimentazione, salute e sostenibilità

Proseguono 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...), attraverso la 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 continuità con le attività del programma "Investire in salute nei primi 1000 giorni".

ASUGI garantirà le attività già in essere, e incluse nel precedente PRP, e in particolare:

- l'attuazione a livello locale delle azioni/iniziative in raccordo con il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN)
- la diffusione e applicazione delle linee guida per l'esternalizzazione del servizio di ristorazione collettiva e supporto agli enti pubblici per la redazione di tutti i capitolati d'appalto e delle linee guida sulla ristorazione scolastica di nuova redazione
- l'offerta di counseling nutrizionale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.12 Alimentazione, salute e sostenibilità	1.12.a	Linee guida regionali. Diffusione della nuova edizione delle linee guida sulla ristorazione scolastica	Percentuale dei soggetti istituzionali (amministrazioni, scuole paritarie...) ai quali è stato diffuso il documento	>=90%
1.12 Alimentazione, salute e sostenibilità	1.12.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
1.12 Alimentazione, salute e sostenibilità	1.12.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%
1.12 Alimentazione, salute e sostenibilità	1.12.d	Divulgazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare e nutrizionale tramite i siti aziendali	Pubblicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	Evidenza

1.13 Contrasto all'antibiotico resistenza

Il primo piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza (PNCAR) è stato adottato in Italia nel 2017, il successivo, il PNCAR 2022-2025, ha una validità prorogata al 2026.

Il PNCAR è un piano di settore, strategico e operativo con un finanziamento dedicato assegnato a rendicontazione delle attività svolte. Le attività da finanziare con fondo specifico per il 2025 e 2026 sono state negoziate dalle Regioni/PA (GdL interregionale PNCAR) e approvate dalla conferenza Stato Regioni (intesa SR-PNCAR). Il Friuli Venezia Giulia (FVG) pur non partecipando al riparto dei fondi specifici nazionali PNCAR (essendo una regione autonoma con diverso sistema di finanziamento), utilizza il finanziamento regionale del servizio sanitario regionale (SSR) ed deve attenersi alla programmazione e rendicontazione delle attività

programmate per il 2025 e 2026 e descritte nel "Piano integrato di contrasto alla resistenza agli antimicrobici della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, 2025-2026" (PRCAR 2025-2026), approvato dalla Giunta Regionale il 18/07/2025. Di seguito sono indicate le attività del (PRCAR 2025-2026) che coinvolgono ASUGI.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.a	Mantenere o migliorare le attività di prevenzione, gestione e controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG. Le ASL applicano il protocollo regionale di sorveglianza dei microrganismi sentinella e aggiornano (se necessario) il protocollo in base alle indicazioni di MS	adozione del protocollo operativo regionale di sorveglianza dei microrganismi sentinella applicato	SI
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.b	Mantenere o migliorare le attività di prevenzione, gestione e controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG.. Le ASL e IRCCS (dove possibile) partecipano: allo studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni del MS/ECDC e in base alle proprie competenze, in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC), allo studio di incidenza SPIN-UTI in almeno una terapia intensiva per azienda (per le ASU/AS), alla sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico e alla sorveglianza dell'incidenza delle infezioni HALT (long term facilities health care). (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-2, 1-2-3 1-2-4, 1-2-5, 1-2-6)	Partecipazione alla sorveglianza	Partecipazione ad almeno 2 sorveglianze
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.c	Sviluppare o mantenere, o migliorare un sistema di sorveglianza per l'operatività della strategia di riduzione dell'AMR. Garantire il mantenimento e l'analisi dei dati del Registro Regionale delle Resistenze, la trasmissione dei dati alla rete ARISS di ISS, e la produzione annuale del report AMR. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-7, 1-2-8)	dati del Registro Resistenze raccolti, validati, analizzati e restituiti in una relazione annuale o trasmessi a rete ARISS. Il laboratorio HUB dell'ASL e gli esperti dell'ASL partecipano alla produzione dei dati dell'obiettivo (SI/NO)	Il laboratorio HUB dell'ASL e gli esperti dell'ASL partecipano alla produzione dei dati dell'obiettivo
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.d	Sviluppare o mantenere, o migliorare un sistema di sorveglianza per l'operatività della strategia di riduzione dell'AMR. Raccolta, analisi e pubblicazione dei dati di consumo di antibiotici nei presidi ospedalieri e nel territorio. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-9)	Partecipazione all'obiettivo in base al ruolo svolto nella RCS-FVG (SI/NO)	Si
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.e	Sviluppare o mantenere, o migliorare un sistema di sorveglianza per l'operatività della strategia di riduzione dell'AMR. Mantenere la sorveglianza di consumo di soluzione idroalcolica nelle strutture di ricovero pubbliche secondo protocollo ISS e implementazione della verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS (5 momenti igiene delle mani) nelle strutture sanitarie di ricovero pubbliche. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-10)	Sorveglianza di consumo di soluzione idroalcolica nelle strutture di ricovero pubbliche secondo protocollo ISS e verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS (SI/NO)	Si

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.f.1	Favorire la digitalizzazione e la precisione della sorveglianza dell'AMR, del AMC e del controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG. Per ottimizzare la sorveglianza genomica di agenti ICA in FVG il LRR-AMR predispone: 1) l'elenco delle analisi di caratterizzazione molecolare disponibile per i microrganismi (batteri) coinvolti in ICA, 2) il protocollo di invio del campione al LRR-AMR, 3) stabilisce ed informa sui criteri di priorità delle analisi e 4) sulle procedure di informazione rapida e di refertazione finale dei risultati. Il LRR-AMR inizia ad acquisire la sorveglianza genomica di agenti ICA e di agenti zoonosici delle malattie a trasmissione alimentare (MTA) in FVG (Salmonelle) e il mantenimento (popola e cura) delle piattaforme di raccolta dati nazionali e la trasmissione dei risultati all'ASL committente. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-11, 1-2-12, 1-2-13)	Campioni inviati a LRR-AMR (SI/NO)	adeguano flusso campioni e informazioni secondo le indicazioni del LRR-AMR
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.g	Favorire la digitalizzazione della sorveglianza e controllo delle ICA in FVG. Individuare ed acquisire SW per la gestione dei dati ICA (SW-ICA), con analisi per identificare il rischio ICA in singoli pazienti e cluster, con segnalazione ai professionisti e popolamento di un archivio con evidenze di gestione dei casi e cluster ICA. ASUFC completa la messa a punto del prodotto SW individuato per SMM. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-14)	SW-ICA individuato o acquisito (SI/NO)	SW-ICA individuato
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.h	Favorire la digitalizzazione della sorveglianza e controllo delle ICA in FVG. Per uniformare le azioni di sanità pubblica progettare un sistema di sorveglianza AMR a livello inter-aziendale per profili di resistenza sconosciuti o di particolare criticità individuati dal laboratorio segnalante o dal LRR-AMR, con protocolli di segnalazione immediata, con alert critici e report di sorveglianza. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-15)	Progetto di sistema di sorveglianza AMR a livello inter-aziendale per meccanismi AMR sconosciuti o critici. Relazione su progetto con individuati: alert di situazioni critiche, protocolli di segnalazione immediata, e format del report di sorveglianza. (SI/NO)	referente ASL partecipa a progettazione sistema sorveglianza
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.i	Verificare ed eventualmente aggiornare le Linee Regionali di gestione e indirizzo terapeutico: Gestione terapeutica delle polmoniti batteriche; Gestione terapeutica delle infezioni delle vie urinarie; Gestione terapeutica delle infezioni della cute e dei tessuti molli; Indicazioni per la gestione delle infezioni da enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi; Indicazioni per la gestione delle infezioni da Acinetobacter baumannii. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-1)	Individuato gruppo tecnico regionale ristretto per aggiornare le LR di indirizzo terapeutico e LR censite per necessità di aggiornamento (SI/NO)	Partecipazione
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.j	Sostegno alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio per il rischio infettivo. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-2)	Relazione su attività svolte per dare sostegno alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio per il rischio infettivo (SI/NO)	SI'

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.k	Favorire l'introduzione e l'aggiornamento di test rapidi per screening di colonizzazione o infezione con agenti coinvolti nelle infezioni correlate all'assistenza in ospedale. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-5)	Mappatura ed eventuale aggiornamento dei test screening ICA (SI'/NO)	SI'
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.l	Il Modulo A (PNRR - M6C2 2.2 b) di formazione è reso disponibile a tutti gli operatori sanitari territoriali. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-5)	Completamento del corso da parte dei nuovi operatori del territorio assunti prima dell'erogazione del corso a livello ASL	Tutti i nuovi operatori territoriali assunti prima dell'erogazione del corso a livello ASL hanno completato il corso
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.m	Dotare i professionisti coinvolti nella sorveglianza e gestione delle ICA nelle ASL e IRRCS del FVG di strumenti di lavoro che favoriscano il coordinamento agile della comunicazione interna e la raccolta ed analisi dei dati. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-5)	Elenco esigenze IT (SW e HW), mappatura professionisti da dotare di nuovi strumenti e inizio azioni per acquisizione strumenti. (SI'/NO)	SI'
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.n	Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni (protocolli, linee di indirizzo e loro aggiornamenti) della RCS-FVG. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-9)	Relazione su organizzazione aziendale e attività svolte per l'obiettivo (SI'/NO)	SI'
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.o	La Regione FVG e le ASL partecipano al monitoraggio armonizzato Decisione (EU) 2020/1729, con raccolta e invio campioni come da programmazione piano nazionale monitoraggio armonizzato AMR. Inoltre DCS e ASL partecipano a eventuale sorveglianza supplementare di isolati di interesse di sanità pubblica. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azione 2-2-2)	Partecipazione e sorveglianza AMR in animali da produzione alimenti e in alimenti secondo le indicazioni annuali del MS (SI'/NO)	SI'
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.p	le ASL utilizzano i dati di sorveglianza dei consumi farmaci a livello di allevamento (classyfarm) per indirizzare i controlli di allevamento. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-2-3)	Inserimento del consumo di antibiotici nella programmazione annuale di sorveglianza negli allevamenti di animali per produzione di alimenti (SI'/NO)	SI'
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.q	Favorire l'applicazione di misure di prevenzione delle malattie infettive non zoonosiche degli animali da produzione alimenti con azioni che sono state già dimostrate efficaci nel miglioramento di un prodotto o un processo, o un servizio. Mantenere e migliorare la performance dei piani di eradicazione della IBR e BVD. BVD: migliorare i tempi di ricontrollo cartilagini inadatte (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-3-1, 2-3-2)	Per IBR favorire l'arruolamento al piano regionale IBR di stabilimenti non indenni senza circolazione virale.	IBR: relazione
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.q	Favorire l'applicazione di misure di prevenzione delle malattie infettive non zoonosiche degli animali da produzione alimenti con azioni che sono state già dimostrate efficaci nel miglioramento di un prodotto o un processo, o un servizio. Mantenere e migliorare la performance dei piani di eradicazione della IBR e BVD. BVD: migliorare i tempi di ricontrollo cartilagini inadatte (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-3-1, 2-3-2)	Per BVD: riduzione dei tempi di ricontrollo cartilagini inadatte	BVD: < tempo medio ricontrollo rispetto al 2025

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.r	Realizzare la formazione per LG uso prudente AB in animali da produzione alimenti. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-4-1)	Realizzare (o partecipare) e diffondere la formazione sulle LG uso prudente AB animali da produzione alimenti (SI'/NO)	SI'
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.s	Promuovere l'uso prudente di AB utilizzando la piattaforma classyfarm per l'AMR in batteri patogeni degli animali da produzione alimenti. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-4-2)	Relazione su attività di promozione (SI'/NO)	SI'

1.14 Programma regionale di odontoiatria pubblica

Prosegue anche nel 2026 il programma regionale di odontoiatria pubblica con la finalità di rafforzare, razionalizzare, aumentare l'efficienza dell'utilizzo delle risorse attraverso anche l'omogeneizzazione dell'offerta in tutto il territorio regionale, a tal fine è necessario che l'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 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 DGR 1334 del 31.7.2019, e successive modifiche, 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 DCS.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.a	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro (non distretto)	Ogni centro (ambulatorio, non distretto) deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni / anno, anche tramite la riorganizzazione dell'offerta e dei percorsi	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.b	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro (non distretto)	Ogni azienda deve garantire un aumento del 2,5% delle prestazioni erogate nell'anno 2024 o nell'anno 2019, se superiore al 2024.	Aumento del 2,5% delle prestazioni ambulatoriali rispetto a quelle erogate nell'anno 2024 o nell'anno 2019, se superiore al 2024
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.c	Erogazione di prime visite e di visite di controllo	Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo, in presenza o per mezzo di servizi di telemedicina) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	<=23%
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.d.1	Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	Trasmissione alla DCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali sull'attività svolta (sia LEA che EXTRA LEA), liste attesa, rispetto dei tempi di attesa per le visite con classe di priorità UBDP, consumi, ticket incassati, ore apertura ambulatori, ore attività professionisti e monitoraggio dell'appropriata applicazione dei criteri per le classi di priorità UBDP, con trasmissione da effettuarsi entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione	4 report trimestrali trasmessi
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.d.2	Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	Presenza in carico dei pazienti con disabilità	50% dei pazienti maggiorenni

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.d.3	Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	Aumento dell'attività del Pronto Soccorso pazienti con disabilità	
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.e	Pianificazione della gestione delle risorse del personale	Analisi per corretta allocazione delle prestazioni nell'adeguato setting assistenziale (ambulatoriale/DH/ricovero) e nel corretto ambito disciplinare	Trasmissione relazione entro il 31.03.2026
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.f	Gestione delle risorse materiali	Inventario al 31.12.2025 delle attrezzature odontoiatriche (riuniti, radiografici sterilizzatrici, laser, ecc) con anno di acquisizione, sede di utilizzo, stato di funzionalità, condizioni di utilizzo e costo di manutenzione annuo del 2025	Trasmissione relazione entro il 31.03.2026
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.g	Riorganizzazione dei servizi	Attivazione programma odontoiatria scolastica	Entro 30.6.2026 elaborazione di proposta di Protocollo regionale per l'attivazione del programma di odontoiatria scolastica trasmessa a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.h	Riorganizzazione dei servizi	Attivazione del progetto DAMA	Entro 30.6.2026 attivazione aziendale del progetto DAMA e comunicazione formale della stessa a DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ARCS
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.j1	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	Entro 28.02.2026 invio a DCS, Coordinamento e ARCS, numero e tempistiche di richieste e appuntamenti alla data del 01.01.2026
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.j.2	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	Svolgimento di almeno 1 servizio di visite nell'anno 2026
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.j.3	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	2 report semestrali, entro 30 giorni dalla chiusura del semestre, trasmessi a DCS, Coordinamento e ARCS sulle visite effettuate, numero di pazienti che necessitano di cure e pazienti presi in carico terapeutico
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.k	Riorganizzazione dei servizi	Elaborazione del nuovo Piano di odontoiatria carceraria	Entro il 31.03.2026 trasmissione del documento di proposta del nuovo Piano alla DCS, al Coordinamento della Rete odontoiatrica e ad ARCS
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.l	Riorganizzazione dei servizi	Elaborazione di ipotesi di protocollo di presa in carico ambulatoriale dei pazienti non trasportabili	entro il 30.06.2026 trasmissione del documento di proposta del protocollo alla DCS, al Coordinamento della Rete odontoiatrica e ad ARCS

1.15 Screening oncologici

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

Oltre al mantenimento delle attività in essere, nel 2026, si daranno avvio ad alcune iniziative che sinergicamente sono indirizzate a migliorare l'adesione ai programmi di screening.

Il primo ambito in cui si intende agire è il sistema di chiamata e di gestione dell'appuntamento al fine di ridurre i tassi di mancata presentazione e di ottimizzare l'organizzazione dei calendari; in particolare nel corso dell'anno si intende:

- implementare la messa a disposizione della lettera di invito all'interno del sistema Sesamo,
- introdurre, anche per gli appuntamenti di screening, un sistema di reminder multicanale (es SMS)
- estendere anche per gli appuntamenti di screening la possibilità di gestire l'appuntamento fissato direttamente da parte dell'utente attraverso il sistema di prenotazione on line o da portale Sesamo.

Il secondo ambito riguarda il contrasto alle disuguaglianze di accesso e di partecipazione ai programmi di screening oncologici attraverso interventi mirati verso gruppi vulnerabili (es. popolazione migrante, persone con disabilità, residenti in aree interne o con barriere socio-economiche).

Ed infine, l'ultimo ambito riguarda il rinforzo della comunicazione attraverso un rafforzamento della coerenza, riconoscibilità e aggiornamento costante dei contenuti informativi digitali relativi agli screening oncologici, nonché l'elaborazione di un'identità comunicativa unica (brand) e l'armonizzazione dei contenuti tra i siti istituzionali coinvolti.

Al fine di sviluppare e perseguire i macro-obiettivi sopra illustrati sarà necessario un forte coinvolgimento di INSIEL per lo sviluppo e l'implementazione degli strumenti informatici necessari per la realizzazione delle attività.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.15 Screening oncologici	1.15.b	Promuovere la partecipazione ai programmi di screening oncologici nelle fasce di popolazione con minore accesso o maggiore vulnerabilità, attraverso interventi mirati a livello aziendale.	Numero di tipologie di popolazioni vulnerabili in cui è attivato almeno un intervento	2 entro il 31.12.2026
1.15 Screening oncologici	1.15.c	Armonizzare i contenuti digitali relativi agli screening oncologici, attraverso un set coerente di informazioni e la creazione di un brand unico regionale, da applicare ai siti web delle Aziende sanitarie, di ARCS e del sito istituzionale della Regione	Adozione dei Lay out e dei contenuti armonizzati da parte di tutti i siti aziendali	Adozione dei Lay out e dei contenuti armonizzati da parte di tutti i siti aziendali entro il 31.12.2026
1.15 Screening oncologici	1.15.c	Armonizzare i contenuti digitali relativi agli screening oncologici, attraverso un set coerente di informazioni e la creazione di un brand unico regionale, da applicare ai siti web delle Aziende sanitarie, di ARCS e del sito istituzionale della Regione	Brand unico regionale approvato ed implementato sui siti della Regione, ARCS e Aziende	Brand unico regionale implementato entro il 31.12.2025

1.15.1 Screening Cervice Uterina

Anche per il 2026 si conferma la necessità di predisporre bimestralmente il calendario delle chiamate e la sua trasmissione ad ARCS.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.15 Screening oncologici	1.15.1.a	Adesione allo screening della cervice uterina (popolazione riferimento donne obiettivo 25-65 anni)	% adesione alla proposta di screening della cervice uterina	>= 71% (valore 2024 71,48%)
1.15 Screening oncologici	1.15.1.b	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	>=95% (valore 2024 95,26%)
1.15 Screening oncologici	1.15.1.c	Mantenere i tempi di refertazione degli HPV test	% HPV refertati entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	>= 95% (valore 2024 99,40%)
1.15 Screening oncologici	1.15.1.d	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di Appuntamenti per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dall'esecuzione dell'esame di primo livello	>= 90% (valore 2024 94%)

1.15.2 Screening mammografico

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.15 Screening oncologici	1.15.2.a	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni).	≥69% (valore 2024 69,09%)
1.15 Screening oncologici	1.15.2.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 2024 68,80%)
1.15 Screening oncologici	1.15.2.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 2024 11,14%)
1.15 Screening oncologici	1.15.2.d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	>= 95% (valore 2024 94,00%)

1.15.3 Screening colon retto

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
1.15 Screening oncologici	1.15.3.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 2024 49,93%)
1.15 Screening oncologici	1.15.3.b	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% (valore 2024 98,81%)
1.15 Screening oncologici	1.15.3.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 2024 87,62%)
1.15 Screening oncologici	1.15.3.d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	>=90% (valore 2024 90,23%)

2. ASSISTENZA TERRITORIALE E SOCIOSANITARIA

2.1 Attuazione del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 e sviluppo dell'assistenza territoriale – Case e Ospedali della Comunità, Centrali operative territoriali

2.1.1 Case della Comunità

Per quanto attiene all'integrazione organizzativa, gestionale e professionale territoriale, con DGR n.664 del 23 maggio 2025, è stato adottato, il documento Linee di indirizzo per l'attivazione e il funzionamento delle Case della Comunità (CdC) che pone in capo ad ASUGI e agli Ambiti territoriali alcuni adempimenti condivisi per la realizzazione dell'integrazione nelle CdC. Per adempiere a tali previsioni, le Cabine di regia, strumenti di coordinamento e raccordo fra la Direzione sociosanitaria dell'Azienda e gli Ambiti territoriali da costituire secondo quanto previsto dal successivo paragrafo 2.5 - *Integrazione sociosanitaria (interventi sul sistema)*, dovranno definire le modalità di integrazione fra i Distretti e i Servizi sociali dei comuni per la governance e la gestione delle attività della CdC, mentre, su un piano operativo, i Distretti e i Servizi sociali dovranno definire, un primo piano operativo degli interventi e i servizi offerti dalle CdC, dettagliato per ciascuna Casa della Comunità attiva sul territorio di competenza, da sviluppare anche in funzione dei percorsi partecipativi e di coprogrammazione avviati. Questi obiettivi integrano le attività strategiche di cui al presente paragrafo.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.1 Attuazione del dm 23.5.2022 n. 77 e sviluppo dell'assistenza territoriale - Case e Ospedali della Comunità, Centrali operative territoriali	2.1.1.a.1	Definizione, secondo gli indirizzi regionali, delle modalità di integrazione fra Azienda Sanitaria e i Servizi sociali dei comuni nelle CdC.	Evidenza di un accordo formale sulla governance e la gestione integrata della CdC.	Entro il 31.03.2026
2.1 Attuazione del dm 23.5.2022 n. 77 e sviluppo dell'assistenza territoriale - Case e Ospedali della Comunità, Centrali operative territoriali	2.1.1.a.2	Definizione, secondo gli indirizzi regionali, delle modalità di integrazione fra Azienda Sanitaria e i Servizi sociali dei comuni nelle CdC.	Evidenza di un Piano degli interventi per ciascuna area distrettuale.	Entro il 31.03.2026

2.1.2 Ospedali della Comunità

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.1 Attuazione del dm 23.5.2022 n. 77 e sviluppo dell'assistenza territoriale - Case e Ospedali della Comunità, Centrali operative territoriali	2.1.2.a	Conferma modalità e tempistica di attivazione degli Ospedali di comunità	Trasmissione alla DCS e ad ARCS entro il 28 febbraio 2026 del cronoprogramma aziendale vigente e da attuarsi con localizzazione, tempistica e modalità di attivazione degli Ospedali di comunità di programmata attivazione	Entro il 28 febbraio 2026

2.2 Altri obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.2 Altri obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale	2.2.d	Procedure per garantire la presenza dell'assistente alla persona con disabilità ricoverato e l'accesso facilitato alle prestazioni ambulatoriali	Le procedure definite dalle aziende sono operative	Trasmissione alla DCS e ad ARCS della relazione entro il 15.04

2.3 Medicina di base e attuazione degli accordi regionali integrativi

Nel corso dell'anno 2025 si è proceduto a dare progressiva attuazione in sede regionale agli accordi collettivi sottoscritti in ambito nazionale. Con deliberazioni del 1° agosto 2025 n. 1075 e 10 ottobre 2025 n. 1381 la Giunta regionale ha approvato gli accordi integrativi regionali in attuazione degli accordi nazionali per il triennio 2019- 2021 rispettivamente per i medici pediatri di libera scelta e per quelli di medicina generale. A tali accordi integrativi regionali ora stipulati ASUGI si impegna a darne concreta attuazione perseguendo miglioramento e eguaglianza di accesso nei servizi erogati ai cittadini.

2.4 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
2.4 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 (valore 2024: 37,18)
2.4 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 (valore 2024: 62,6%)
2.4 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	LEA NSG D06C	Mantenimento/miglioramento del tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	<20 (valore 2024: 33,3%)
2.4 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	BERSAGLIO C13A.2.2.1	Migliorare il tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	<25,00% (valore 2024: 28,9%)
2.4 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	BERSAGLIO C13A.2.2.2	Migliorare la percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi (ESCLUSO LA FUGA EXTRAREGIONALE)	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi (ESCLUSO LA FUGA EXTRAREGIONALE)	<11% (valore 2024 11,70%)
2.4 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 2024: 9,57)
2.4 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 2024: 8,81)
2.4 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 2024: 3,47)

La Legge n. 234/2021 ha introdotto, tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), l'“assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari”. Il Decreto Legislativo n. 29/2024 conferma e rilancia, così, l'attenzione verso l'integrazione sociosanitaria nelle cure domiciliari. In particolare, l'articolo 29 prevede l'adozione di linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari nell'ambito delle cure e dell'assistenza domiciliare. In coerenza con tale quadro normativo e al fine di garantire un'applicazione uniforme delle disposizioni nazionali, la Regione persegue una riorganizzazione delle cure domiciliari orientata ad un approccio comunitario volto a garantire la prossimità dei servizi e a promuovere l'integrazione operativa tra i servizi sanitari, sociali e gli attori della comunità locale in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25 del decreto legislativo 29/2024. Nello specifico, saranno fornite ai territori indicazioni per mezzo di linee guida regionali per la riorganizzazione dell'assistenza infermieristica domiciliare e delle cure domiciliari in generale, con l'obiettivo di rilanciare il modello dell'infermiere di comunità, quale nodo decentrato della rete dei servizi domiciliari e punto di riferimento continuativo per la presa in carico assistenziale delle persone in una determinata comunità o area territoriale. Nel corso del 2026, ASUGI dovrà dare attuazione agli indirizzi regionali, anche attraverso la predisposizione di atti e protocolli territoriali, o con l'aggiornamento degli stessi qualora già esistenti, al fine di creare le condizioni e i presupposti per una messa a regime, negli anni successivi, del modello di assistenza domiciliare delineato negli atti regionali.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.4 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	2.4.a	Miglioramento dell'integrazione sociosanitaria nell'ambito delle cure domiciliari.	Evidenza del recepimento degli indirizzi regionali mediante l'adozione di appositi atti o l'aggiornamento di quelli esistenti	Entro il 31.12.2026

Con specifica attenzione ai percorsi di presa in carico e all'integrazione professionale per la presa in carico della non autosufficienza, per mettere a sistema gli atti derivanti dal Piano della non autosufficienza 2022-2024 e fornire indicazioni ai territori per il loro aggiornamento rispetto alle più recenti previsioni nazionali, sono in fase di elaborazione delle Linee di indirizzo sulla presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. A seguito dell'adozione di tali linee, le Cabine di regia, costituite come previsto dal successivo paragrafo 2.5 – Integrazione sociosanitaria (interventi sul sistema), dovranno recepirne i contenuti all'interno di propri atti e protocolli o procedere all'aggiornamenti di quanti già esistenti.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.4 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	2.4.b	Miglioramento della presa in carico integrata della popolazione anziana non autosufficiente	Evidenza del recepimento degli indirizzi regionali mediante l'adozione di appositi atti o l'aggiornamento di quelli esistenti	Entro il 31.12.2026

Gli obiettivi qui presentati si riferiscono ad attività contingenti che si esauriranno nel 2026 ma che fanno parte di una prospettiva strategica di più ampio respiro. Negli anni successivi l'attività proseguirà progressivamente secondo due traiettorie convergenti: lo sviluppo di indicazioni riferite ad altre tipologie di utenza, in primis le persone con disabilità e l'aggiornamento dei processi, in coerenza alle previsioni dei provvedimenti nazionali in elaborazione, alle risultanze derivanti dalle sperimentazioni relative all'ambito della non autosufficienza e della disabilità, nonché in relazione all'assestarsi del modello di assistenza territoriale previsto dal DM 77/2022.

2.5 Integrazione sociosanitaria (interventi sul sistema)

Il sistema di servizi finalizzati all'assistenza sociosanitaria territoriale si trova in un periodo di grandi trasformazioni conseguenti all'intervento congiunto delle riforme derivanti dall'implementazione del PNRR

riguardanti l'assistenza territoriale (DM 77/2022), le politiche per le persone anziane (L. 33/2023 e s.m.i.) e la disabilità

(L. 227/2021); dalle nuove stagioni pianificatorie e programmatiche nazionali rispetto ai LEPS, al tema della salute mentale e della non autosufficienza, nonché i processi di rinnovamento della normativa regionale con particolare riferimento all'ambito della disabilità (L.R. 16/2022). Tali traiettorie trasformatrici orientano i sistemi di cura, assistenza e tutela verso il raggiungimento di più elevati livelli di integrazione e promuovono un maggiore sviluppo delle Aziende Sanitarie sul versante dell'assistenza sociosanitaria.

Per dare opportuna e coerente risposta a tali indirizzi, si rende necessario procedere alla revisione e all'aggiornamento delle regole e dei processi del sistema di assistenza sociosanitaria attraverso un insieme organico e coerente di interventi che interesseranno progressivamente il sistema di cura dedicato alle aree di assistenza di cui al Capo VI dei LEA. A fondamento di questa revisione vi è il coordinamento dei LEA e ai LEPS, garantendo la definizione condivisa di indirizzi e programmi fra i livelli politici, strategici e operativi dei settori sanitario e sociale.

Il primo piano di intervento si realizza sul piano dell'integrazione istituzionale fra i due settori, recependo le indicazioni derivanti dalla pianificazione e dalla normativa nazionale nell'ambito della non autosufficienza nonché le previsioni della L.R. 16/2022 nello specifico all'art. 22. A tal fine, la Regione fornisce indicazioni relative all'integrazione interistituzionale e adotta il Modello di Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree dell'assistenza sociosanitaria. Tali indicazioni prevederanno, a governo dei processi di integrazione, la formalizzazione a livello aziendale di una Cabina di Regia dedicata alla promozione e allo sviluppo dell'integrazione nelle aree dell'assistenza sociosanitaria di cui al Capo IV dei LEA. La Cabina di regia costituirà un meccanismo di coordinamento e raccordo fra la Direzione sociosanitaria delle Aziende sanitarie e i rispettivi Ambiti territoriali e si occuperà in primo luogo dell'elaborazione congiunta di atti finalizzati al rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria ai diversi livelli di governance del sistema. Il primo degli atti che dovrà essere elaborato dalla Cabina di regia e quindi sottoposto ai Comuni e ai vertici strategici aziendali per l'adozione, è l'Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree dell'assistenza sociosanitaria, in cui confluiranno tutti i protocolli riguardanti le diverse aree di integrazione.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.5 Integrazione sociosanitaria (interventi sul sistema)	2.5.a	Formalizzazione, per ciascun territorio Aziendale, di una Cabina di Regia dedicata alla promozione e allo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria.	Atto di formalizzazione della Cabina di Regia sottoscritto dagli Ambiti Territoriali e dalle Aziende Sanitarie.	Entro il 28.02.2026
2.5 Integrazione sociosanitaria (interventi sul sistema)	2.5.b	Adozione dell'Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree dell'assistenza sociosanitaria	Elaborazione da parte della Cabina di regia dell'accordo quadro e firma/adozione dell'accordo elaborato da parte dei vertici aziendali e dei Comuni	Entro il 31.12.2026

Sotto il profilo dell'integrazione operativa dei processi di presa in carico, va riservata particolare attenzione al coordinamento degli strumenti e dei sistemi informativi in uso ai servizi sanitari e sociali. Come prima attività in tale direzione, è prevista l'elaborazione, da parte di ARCS, di una relazione riguardante le possibili modalità di sviluppo dello strumento di valutazione Scheda AMD, attualmente in sperimentazione per la corretta 'alimentazione dei dati richiesti dal flusso SIAD, con l'obiettivo di ampliarne i campi di rilevazione a informazioni di natura sociale, con rispetto della necessaria proporzionalità tra contenuti obbligatori e facoltativi dell'alimentazione dei dati rispetto ad obblighi e vantaggi apportati al concreto processo operativo supportato e registrato. La relazione dovrà includere anche una valutazione di impatto e sostenibilità delle soluzioni prospettate e sarà elaborata attraverso il confronto con gli ATS, per individuare le informazioni di maggiore rilevanza e verificare la fattibilità tecnica e organizzativa di eventuali modalità di interoperabilità tra sistemi informativi. Inoltre, in coerenza con le previsioni del Piano triennale caregiver, l'ampliamento della Scheda dovrà contemplare anche l'inserimento di item finalizzati alla raccolta di dati relativi al caregiver e al suo stato

di salute. La Direzione centrale salute assicurerà il necessario supporto, predisponendo adeguati spazi e modalità di confronto e coordinamento con gli ATS.

2.6 Sviluppo del Welfare di comunità

Il PNRR e le riforme conseguenti improntano con decisione lo sviluppo dei sistemi di welfare verso il modello del welfare di comunità, incentivando i processi di sussidiarietà orizzontale, considerati fondamentali per la costruzione di servizi di prossimità adeguati ai bisogni. Centrale, a questo proposito, è il ruolo attribuito alle Case della comunità, articolazioni del sistema sanitario distrettuale, nell'integrazione con il settore sociale e nella valorizzazione del ruolo della comunità, da costruire, in particolare, attraverso percorsi partecipativi di coprogrammazione e di co-progettazione, con gli enti del terzo settore, con lo scopo di riuscire a realizzare un Sistema di servizi ed interventi aderenti ai bisogni della comunità ed ispirati, anche, alla logica della co-produzione. La costruzione di un complesso organico di interventi e servizi deve svilupparsi su due piani, complementari e integrati: il piano delle azioni a ricaduta individuale, finalizzate al beneficio dei singoli utenti nell'ambito di specifici progetti personalizzati, e il piano delle azioni di sistema, rivolte a platee di soggetti più ampie e trasversali, come l'offerta di interventi di gruppo, di attività formative o di sportelli di orientamento. Queste azioni di Sistema risultano fondamentali per rispondere a bisogni emergenti, a cui è possibile dare un'adeguata risposta unicamente tramite soluzioni a ricaduta collettiva. Il coinvolgimento degli ETS, pertanto, può realizzarsi attraverso azioni implementabili su entrambi questi piani.

In questo quadro si inserisce una molteplicità di interventi e finanziamenti che prefigurano sia azioni di sistema sia interventi a beneficio individuale, che convergono verso lo sviluppo di un welfare di comunità e necessitano di un'opportuna attività di pianificazione e programmazione, allo scopo di sviluppare azioni fra loro armoniche e di profilo più ampio. Rientrano, in varia misura, in questa prospettiva: le progettualità definite dal piano caregiver; gli interventi nell'ambito del sostegno alle persone con demenza e le loro famiglie, in particolare nello sviluppo delle Comunità amiche della demenza; i contributi per gli interventi di promozione dell'invecchiamento attivo; le azioni per la prevenzione e la presa in carico proattiva nelle aree interne; le progettualità con Budget di salute in cogestione con enti del terzo settore, secondo quanto previsto dalle DGR 1964/2021 e DGR 1376/2024; nonché il contributo per la realizzazione di interventi di sistema a favore delle persone anziane fragili o non autosufficienti nell'ambito delle Case della comunità, con utilizzo dei maggiori finanziamenti apportati dalla Legge di assestamento L.R. 12/2025.

La definizione di una strategia organica e complessiva, che riconduca risorse e interventi alle priorità e ai bisogni del territorio di riferimento, è compito delle Aziende Sanitarie in collaborazione con i Servizi sociali dei Comuni del territorio di competenza. Tale attività può essere opportunamente collocata come funzione della Cabina di regia di cui all'obiettivo 2.5.a del precedente paragrafo 2.5 e può essere supportata da interventi di co-programmazione che coinvolgano tutti gli stakeholder rilevanti, tra cui gli attori del terzo settore.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.6 Sviluppo Welfare di comunità	2.6.a	Programmazione, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, degli interventi di partecipazione degli enti del terzo settore nel sistema di welfare sociosanitario	Invio alla DCS di un documento che dia evidenza del complesso delle attività realizzate in ambito sociosanitario in coproduzione con il terzo settore, riconducendole a strategie di intervento e definendo eventuali traiettorie di sviluppo	Entro il 31.12.2026

L'implementazione e lo sviluppo dell'indirizzo comunitario nell'ambito sociosanitario viene realizzato prevalentemente tramite gli strumenti rientranti nell'alveo della c.d. amministrazione condivisa (art. 55-Coinvolgimento degli enti del Terzo settore del Codice del Terzo Settore-d.lgs. n. 117/2017), il cui coordinamento rimane una prerogativa dell'attore pubblico, sia esso un ente del SSR o un ente locale. È necessario, pertanto, che in ciascuna Azienda Sanitaria regionale venga identificato un nucleo

multiprofessionale, sotto il coordinamento della Direzione dei Servizi socio-sanitari, formato da diverse competenze (giuridico-amministrative, finanziario-economiche, di progettazione socio-sanitaria, di facilitazione e di mediazione, etc.) e in grado di fornire supporto sia nella fase di attuazione delle procedure amministrative, volte a identificare e definire le azioni, i servizi e gli interventi, che in quella di realizzazione di quanto si è in precedenza identificato e definito, anche secondo le logiche della co-produzione. Peraltro, il ruolo di tale nucleo multiprofessionale acquista ancora maggiore rilievo nell'ottica di riuscire a supportare i Distretti nella gestione delle procedure di coinvolgimento degli enti del Terzo settore all'interno delle Case della Comunità.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.6 Sviluppo Welfare di comunità	2.6.b	Costituzione all'interno delle Aziende delle competenze e delle risorse necessarie allo sviluppo dell'amministrazione condivisa	Formalizzazione del nucleo con atto interno della direzione dell'azienda e comunicazione dei nominativi dei professionisti alla DCS per il coinvolgimento nelle attività formative.	Entro il 31.03.2026

Per quanto riguarda la specifica linea di finanziamento prevista dalla Legge di assestamento L.R. 12/2025, riguardante i "contributi straordinari finalizzati alla realizzazione di azioni di sistema, a supporto delle persone anziane fragili o non autosufficienti, nell'ambito di un approccio integrato e multidisciplinare che caratterizza il modello organizzativo delle Case della comunità, volto anche a valorizzare l'amministrazione condivisa con gli ambiti socioassistenziali e con il Terzo settore, ai sensi del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117" (art. 8, c. 97), si forniscono alcune indicazioni per la programmazione degli interventi e per l'utilizzo delle risorse:

- le attività dovranno essere definite nell'ambito di una co-progettazione ai sensi del d.lgs. 117/2017,
- gli ambiti prioritari di intervento da individuare quale oggetto della co-progettazione sono:
 - intercettazione e analisi del bisogno per una presa in carico proattiva;
 - servizi di accompagnamento e orientamento;
 - interventi di informazione, formazione e sostegno socio-relazionale ai caregiver;
 - interventi per il sostegno psicologico e socio-relazionale ai caregiver;
 - potenziamento e/o attivazione di gruppi AMA in collaborazione con i SSC;
 - percorsi di peer education per condividere soluzioni, criticità e consigli e, al contempo, fungere da supporto emotivo, psicologico e relazionale;
 - servizi per lo sviluppo di costruzione di reti di solidarietà.

2.7 Anziani e anziani non autosufficienti

In conformità con quanto previsto dalla Legge 23 marzo 2023, n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane", è stato avviato un ampio processo di riforma del sistema di welfare rivolto alla popolazione anziana. Tra gli obiettivi principali di tale riforma si annoverano il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria, finalizzato alla semplificazione dell'accesso ai servizi per le persone non autosufficienti e la valorizzazione del domicilio come luogo privilegiato di cura.

In attuazione della legge delega, è stato adottato il Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29, che definisce l'architettura del nuovo sistema. Tra le misure previste, assumono un aspetto particolarmente impattante le previsioni di cui all'articolo 27 che prevede l'introduzione di un percorso di presa in carico unitaria delle persone anziane, con nuove funzioni assegnate alle UVM, e l'adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale unificato e omogeneo a livello nazionale, con l'intento di semplificare l'accesso ai servizi e rafforzare l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza socio-sanitaria.

Al fine di introdurre in maniera graduale la valutazione multidimensionale unificata, il decreto prevede una sperimentazione della durata di dodici mesi, a partire dal 1° gennaio 2026. La sperimentazione sarà avviata a campione, coinvolgendo una provincia per regione, con l'obiettivo di testare e valutare l'impatto

dell'introduzione del nuovo modello, individuando eventuali criticità e proponendo interventi correttivi prima di estenderlo su scala nazionale.

Una volta individuata la provincia coinvolta, l'Azienda sanitaria territorialmente competente parteciperà, nel corso del 2026, alla sperimentazione secondo le modalità e le indicazioni che saranno fornite a livello nazionale. Inoltre, nell'ambito della sperimentazione sarà attivato un percorso tecnico per definire le modalità di raccordo fra lo strumento di valutazione adottato a livello nazionale e gli strumenti attualmente in uso a livello territoriale.

Questa attività, di competenza di ARCS, comprenderà una valutazione delle modalità di raccordo e integrazione delle informazioni raccolte tramite gli strumenti locali (come AMD e ValGraf) e lo strumento nazionale, nonché l'individuazione delle attività necessarie a garantire l'interoperabilità dei sistemi di raccolta dati.

Come per l'anno 2025 le Aziende proseguono l'attività di sorveglianza attiva rivolta alla popolazione anziana a rischio di fragilità, denominata PRISMA 7, con le medesime modalità garantendo la trasmissione dei relativi dati nell'ambito dei flussi informativi.

Come per l'anno 2025, le Aziende proseguono l'attività di monitoraggio della qualità all'interno delle Residenze per anziani, attraverso la realizzazione di visite di audit raccordandosi con gli obiettivi previsti nell'ambito del rischio clinico e della Rete Cure sicure.

Nel 2026, le Aziende sanitarie, assieme ai Servizi sociali dei Comuni degli Ambiti di Trieste, Livenza-Cansiglio-Cavallo e Friuli Centrale, proseguono la realizzazione delle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria, secondo le indicazioni previste dalle DGR 1964/2021 e DGR 1376/2024, che porteranno alla definizione di interventi e servizi a favore delle persone con demenza nei rispettivi territori pilota.

Inoltre, ogni Azienda sanitaria avvia un ulteriore percorso di domiciliarità comunitaria su un territorio distrettuale aggiuntivo a scelta, con il coinvolgimento del Servizio sociale dei Comuni dell'Ambito coinvolto, mediante sottoscrizione di apposito accordo.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.7 Anziani e non autosufficienti	2.7.a	Realizzazione della sperimentazione "domiciliarità comunitaria" (DGR 1964/2021 e DGR 1376/2024)	Attivazione di progetti personalizzati finanziati con budget personale nei 3 territori pilota	Almeno 6 progetti entro 31.12.2026
2.7 Anziani e non autosufficienti	2.7.b	Realizzazione della sperimentazione "domiciliarità comunitaria" (DGR 1964/2021 e DGR 1376/2024)	Evidenza dell'avvenuta sottoscrizione di apposito accordo fra Azienda sanitaria e SSC finalizzato all'avvio di un nuovo percorso di domiciliarità su un territorio distrettuale aggiuntivo a scelta	Almeno 1 ulteriore percorso avviato entro il 31.12.2026

2.8 Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

In attuazione delle modifiche intervenute nel corso dell'anno 2025 alle disposizioni dell'art. 20 della l.r. n. 22/2019, nel corso dell'anno 2026 si procederà con la progressiva attuazione della revisione della rete dei posti letto di postacuzie, la cui programmazione complessiva è stata definita entro il 2025. La Regione, attraverso la Direzione centrale salute, manterrà la funzione di indirizzo e governo, assicurando la coerenza della revisione con la programmazione sanitaria regionale e con i fabbisogni stimati. L'ARCS sarà responsabile del coordinamento tecnico-operativo, predisponendo gli strumenti di monitoraggio, curando la raccolta dei dati e supportando la Direzione le Aziende nella pianificazione delle azioni necessarie. ASUGI sarà chiamata a dare concreta attuazione agli interventi, riorganizzando progressivamente i posti letto e i relativi setting assistenziali secondo quanto previsto nei rispettivi piani attuativi, garantendo il raccordo con i territori di riferimento e con le strutture ospedaliere.

2.9 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
2.9 Assistenza protesica	2.9.a	Miglioramento del governo regionale dell'Assistenza protesica e attuazione delle linee guida per l'implementazione dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	Adozione e applicazione degli strumenti e delle modalità operative previste dalle linee guida	Strumenti e modalità operative adottati dalle Aziende entro il 31.12.2026
2.9 Assistenza protesica	2.9.b	Miglioramento del governo regionale dell'Assistenza protesica e attuazione delle linee guida per l'implementazione dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	Condivisione dei dati tra le Aziende e ARCS secondo i tracciati definiti	Flussi dei dati attivati entro il 31.12.2026
2.9 Assistenza protesica	2.9.c	Miglioramento del governo regionale dell'Assistenza protesica e attuazione delle linee guida per l'implementazione dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	Definizione degli indicatori di monitoraggio dei costi, tempi e qualità del servizio	Set di indicatori definito entro il 31.12.2026

2.10 Minori e famiglie - consultori

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.

Sulla base delle indicazioni e raccomandazioni fornite dalle Linee di indirizzo nazionali, con DGR n. 114 del 31 gennaio 2025 la Regione ha provveduto ad aggiornare le proprie linee di indirizzo in materia di affido, con l'intento di offrire un quadro di riferimento complessivo rispetto a principi, contenuti e metodologie di attuazione, valorizzando la molteplicità delle esperienze maturate nel corso degli anni nel contesto regionale.

Nelle stesse Linee di indirizzo, statali e regionali, nonché nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026, si prevede la realizzazione di Centri/Service per l'affidamento familiare che si configurano come strutture organizzative dei servizi sociali territoriali e al cui interno opera un'équipe multiprofessionale di natura integrata socio sanitaria. Tale équipe è composta, secondo le indicazioni nazionali, da un congruo numero di operatori dei servizi sociali e sanitari che dedicano specificatamente ore lavoro in base ai bisogni dell'utenza. Nello specifico, sono a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui bambini e sulle famiglie e le prestazioni riabilitative e socioriabilitative per minorenni e adolescenti. La multidisciplinarietà e specializzazione delle professionalità sono indispensabili per investire nel percorso di accompagnamento personalizzato delle capacità genitoriali dei genitori di origine, al fine di favorire la riunificazione familiare e il rientro in famiglia.

Per l'anno 2026 ASUGI, unitamente ai Servizi sociali dei Comuni, alla luce degli appositi protocolli stipulati nel 2025, definisce la costituzione di équipe multiprofessionali funzionali all'affido familiare, che potranno avere anche una dimensione sovra-distrettuale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.10 Minori e famiglie - consultori	2.10.a	Costituzione di équipe multiprofessionali composte da personale delle AS e dei SSC funzionali all'affido familiare definite sulla base degli accordi/protocolli operativi tra AS e SSC.	Effettuazione di interventi di tipo psicoeducativo da parte dell'équipe multiprofessionali per almeno 5 nuclei familiari	Interventi effettuati per almeno 5 nuclei familiari entro il 31.12.2026

2.11 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

I lavori del tavolo regionale proseguono con l'obiettivo di determinare indirizzi omogenei e condivisi a livello regionale rispetto ai seguenti temi:

- definizione di modalità omogenee di accesso ai servizi e di presa in carico delle diverse tipologie di utenza;
- potenziamento della proattività nell'individuazione dei bisogni per garantire una presa in carico precoce e sollecita;
- sviluppo dei sistemi informativi, dei flussi di dati e degli strumenti a supporto della presa in carico anche attraverso la modalità della comunità di pratica, quale strumento di apprendimento e sviluppo organizzativo sperimentato con esiti positivi nell'ambito delle dipendenze patologiche;
- definizione dei requisiti strutturali e professionali dei Servizi di NPJA per rispondere adeguatamente ai mutati bisogni dell'utenza;
- inquadramento dei fabbisogni territoriali per la definizione delle caratteristiche di un sistema d'offerta residenziale e semiresidenziale differenziato in ragione alle diverse tipologie di utenza e di intensità del bisogno;
- definizione di possibili soluzioni organizzative per rispondere alla necessità di migliorare la continuità delle cure.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.11 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	2.11.a	Sviluppare la continuità delle cure e dell'assistenza ai minori clinicamente complessi seguiti dai servizi di NPI e riabilitativi nel passaggio alla maggior età.	partecipare ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS	Garantire la partecipazione dei rappresentanti aziendali ai tavoli promossi dalla DCS

2.12 Salute mentale

In attesa dell'adozione del nuovo Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030, 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, con particolare riferimento alla necessità di ampliare e migliorare strategie e strumenti per la presa in carico integrata e di prossimità, nonché incrementare il grado di partecipazione a livello operativo, gestionale e strategico delle persone in contatto con i servizi, dei loro famigliari e del Terzo Settore.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.12 Salute mentale	2.12.a	Ampliamento e miglioramento delle strategie e degli strumenti per la presa in carico integrata e di prossimità incremento della partecipazione nelle attività	Incremento del numero di prestazioni realizzate in sedi diverse dal Servizio rispetto al dato 2025. (dato PointSM: sede della prestazione diversa da "In sede")	Entro il 31.12.2026 +10% rispetto al 2025

A seguito dell'avvio dell'attività valutativa partecipata di tipo qualitativo dei progetti personalizzati con budget di salute, che prevede l'apporto strutturato delle persone esperte per esperienza e in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli Enti del Terzo Settore (ETS), l'area della salute mentale, anche in collaborazione con l'area delle dipendenze patologiche, individua progettualità condivise relative alla promozione del sapere esperienziale e procede alla promozione e valorizzazione del supporto tra pari.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.12 Salute mentale	2.12.b	Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS	Progettualità partecipate di promozione del sapere esperienziale	entro il 31.12.2026 progettualità realizzate >=1

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.12 Salute mentale	2.12.c	Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS	Numero inserimenti sociolavorativi di persone esperte in supporto tra pari	Entro il 31.12.206 inserimenti effettuati ≥ 6

2.13 Disabilità

Al fine di garantire il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento attuativo del FAP, in relazione alla valutazione della gravità e della complessità del bisogno, ai sensi dell'art. 9 (Assegno dedicato alle persone in condizione di gravissima disabilità – AGD), comma 2 del regolamento, 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.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.13 Disabilità	2.13.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 2026 per l'accesso all'art. 9 del FAP	$\geq 70\%$

Nelle more della piena operatività della cartella territoriale 4.0 e dell'informatizzazione delle informazioni di cui al presente obiettivo, con riferimento agli interventi per le persone con gravissima disabilità, ASUGI renderà disponibili, secondo le indicazioni della Regione, le informazioni necessarie all'identificazione e quantificazione del numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite a domicilio nel proprio territorio, per tipologia di disabilità misurata secondo quanto previsto dall'articolo 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016 (in Gazz.Uff. n. 280 del 30.11.2016), con l'utilizzo delle scale di valutazione di cui all'allegato 1 dello stesso decreto, indicando altresì se le stesse siano o meno beneficiarie del Fondo per l'autonomia possibile (FAP).

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.13 Disabilità	2.13.b	Assicurare il corretto utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	% di persone prese in carico per le quali sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima	100%

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

Nell'anno 2026 pertanto proseguono nelle attività di rivalutazione delle persone in carico (art 17 comma 7, LR16/22) attraverso lo strumento di valutazione multidimensionale Q-VAD, di formazione (art.23, comma 3, LR 16/22) e abilitazione al sistema informativo dedicato del personale che si occuperà della valutazione multidimensionale con strumento Q-VAD.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.13 Disabilità	2.13.c	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	$\geq 60\%$
2.13 Disabilità	2.13.d	Formazione con corso FAD Q-VAD e abilitazione al sistema informatico dedicato del personale della SOC disabilità	% persone formato e abilitato entro 31.12.2026	$\geq 75\%$

A seguito delle previsioni del dlgs 62/2024 (Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato) che stabilisce una procedura di sperimentazione a decorrere dal 1° gennaio 2025 e fino al 31/12/2026 in alcuni territori, tra i quali la provincia di Trieste, la Regione ha emanato, con DGR n. 779/2025, gli indirizzi di attuazione della fase di sperimentazione per il territorio di Trieste.

L'Azienda sanitaria universitaria Giuliana Isontina (ASUGI) è uno dei principali attori chiamati a garantire il rispetto delle procedure e delle attività riguardanti la predisposizione dei progetti di vita delle persone con disabilità nelle Unità di valutazione multidimensionale (UVM). Al riguardo ASUGI, in integrazione con i competenti Ambiti territoriali sociali (ATS), al fine di garantire il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 23, comma 7 del Dlgs. 62/2024, secondo il quale il procedimento per la formazione del progetto di vita si conclude entro 90 giorni dall'avvio del procedimento, partecipa e/o coordina, sulla base dei predetti indirizzi di cui alla DGR 779/2025, le UVM nel rispetto delle tempistiche previste.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.13 Disabilità	2.13.e	Partecipazione e/o coordinamento delle UVM garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 23, co. 7 del dlgs. 62/2024	Numero di progetti di vita redatti secondo il format regionale approvato con DGR 779/2025 per i quali si è rispettato il termine previsto dall'art. 23, co. 7 del dlgs. 62/2024 rispetto al totale dei progetti sottoscritti nel 2026.	≥70%

Infine prosegue, in linea con le disposizioni della LR 16/2022, il processo regionale di innovazione, riconfigurazione e riqualificazione dei servizi per le persone con disabilità. Considerato che, sono in fase di elaborazione i nuovi requisiti dei sistemi di autorizzazione e accreditamento dei servizi nell'area della disabilità, la cui definizione è prevista per il 2026, le eventuali successive procedure di esternalizzazione dovranno conformarsi a tali requisiti, assicurandone il pieno recepimento negli atti di gara.

2.14 Dipendenze

Nell'area delle dipendenze patologiche, la complessità delle problematiche necessita di un sistema integrato in grado di fornire risposte terapeutiche con competenze che derivano sia dal settore pubblico che da quello privato. In tale cornice, le comunità terapeutiche rivestono un ruolo significativo, riconosciuto anche a livello nazionale. Il Ministero della Salute ha, inoltre, istituito un fondo (art.21-quinquies del d.l. 14 marzo 2025, n.25, conv. in legge con modif. dalla l. 9 maggio 2025, n. 69) finalizzato a garantire l'accesso alle prestazioni di cura e riabilitazione dei pazienti delle comunità terapeutiche accreditate in materia di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze e delle altre dipendenze patologiche.

Coerentemente con quanto previsto dalle Linee per la gestione degli anni precedenti, lungo la direttrice della qualificazione dell'offerta dei servizi residenziali e in considerazione della riconosciuta importanza del trattamento riabilitativo residenziale nel territorio di residenza dell'utente, i servizi per le dipendenze collaborano con le Comunità terapeutiche regionali accreditate per valorizzarne la capacità di accoglienza a fini di miglioramento del tasso di occupazione dei posti disponibili. Il ricorso all'invio in strutture extraregionali verrà effettuato residualmente, solo nei casi motivati dalla miglior soddisfazione dei bisogni che non possano essere assicurati in regione.

ASUGI è ormai da anni impegnata nell'implementazione di dati all'interno del sistema informativo GeDi e nell'invio delle informazioni non previste dal gestionale ma necessari da un lato per il governo regionale dei Servizi per le Dipendenze patologiche e per supportare le decisioni di carattere pianificatorio e programmatico e dall'altro per ottemperare agli obblighi di comunicazione connessi ai flussi informativi nazionali e quelli

richiesti da altri soggetti regionali. In continuità con le attività realizzate nell'ambito della Comunità di pratica, avviata a novembre 2023, ASUGI prosegue nella collaborazione al processo di miglioramento della qualità del dato e a garantire l'assolvimento del debito informativo.

In particolare, rispetto al percorso già intrapreso finalizzato al miglioramento della progettazione personalizzata degli interventi, entro il quadro tracciato dalle linee guida sulla presa in carico adottate con deliberazione della Giunta regionale n. 1435/2020 e secondo il modello approvato con DGR 481/2023, i servizi per le dipendenze implementano in Point GeDi i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) utilizzando, ad avvenuto rilascio, anche la funzionalità "Monitoraggio".

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.14 Dipendenze	2.14.a	Assolvimento del debito informativo dipendenze e miglioramento della qualità del dato	Incremento del 10% della completezza dei dati SIND inseriti a sistema rispetto all'invio 2025 (dati 2024)	10%
2.14 Dipendenze	2.14.b	Assolvimento del debito informativo dipendenze e miglioramento della qualità del dato	Monitoraggio del 20% dei PTRI inseriti in GeDi	20%

2.15 Integrazione sanitaria a favore dei minori e giovani adulti con bisogni complessi

Considerato l'evidente aumento, negli ultimi anni, del numero di minori con bisogni sociosanitari complessi e, in particolare, l'aumento dei casi di comorbidità, è centrale la necessità di garantire una rete di servizi caratterizzata da un'alta intensità di integrazione e coordinamento fra gli attori. Pertanto, al fine di garantire adeguate risposte multiprofessionali alle situazioni connotate da multiproblematicità, dovranno essere attivati tavoli tecnici regionali che coinvolgeranno i servizi delle NPJA e della Salute mentale adulti, i servizi per la disabilità adulti, per le dipendenze patologiche, i consultori e i presidi ospedalieri, nonché gli altri attori del sistema (servizi sociali, servizi minorili della giustizia, servizi scolastici, etc.).

Di seguito si riportano alcuni dei temi che dovranno essere oggetto dei percorsi di confronto:

- costituzione di équipe multiprofessionali (frutto di integrazione organizzativa funzionale) per la gestione di specifiche categorie di bisogni complessi;
- potenziamento dell'integrazione nei percorsi di transizione verso l'età adulta con una particolare attenzione al riconoscimento e il trattamento tempestivo del disturbo borderline di personalità in adolescenza;
- individuazione dei migliori percorsi di presa in carico delle diverse tipologie di bisogno, con i servizi territoriali competenti in materia, comprese le tipologie di inedita rilevanza (es. bes, dsa...), per garantire una maggiore e più tempestiva capacità di risposta del sistema;
- individuazione di interventi di promozione e prevenzione per migliorare la capacità del sistema di realizzare prese in carico proattive e precoci dei bisogni;
- adeguata presa in carico dell'emergenza-urgenza e della fase post-acuzie.

2.16 Inclusione sociale e lavorativa

ASUGI, nel perseguire gli obiettivi istituzionali di tutela della salute e di inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità, assumono un ruolo attivo sia in quanto erogatrici di servizi ai cittadini sia come organizzazioni produttive capaci di generare direttamente opportunità di inclusione lavorativa. In tale prospettiva, rientrano la competenza nell'erogazione di servizi e interventi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo (SIL) per persone con disabilità complesse attribuita dalla LR 16/2022, l'adesione alle procedure volte all'assunzione delle persone inserite nelle liste del collocamento mirato e la stipula delle convenzioni finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate previste dalla legge 381/1991 in materia di cooperazione sociale e, a livello regionale, dalla legge regionale 20/2006.

Considerato il ruolo cruciale dell'inserimento lavorativo quale fattore determinante nei processi di inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e/o svantaggio, con effetti significativi sul benessere e sulla partecipazione alla vita comunitaria, nel 2026 ASUGI promuoverà iniziative e adotterà interventi finalizzati ad ampliare le opportunità occupazionali, anche mediante il rafforzamento delle convenzioni previste dalla legge 381/1991.

2.17 Sanità penitenziaria

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
2.17 Sanità penitenziaria	2.17.a	Generalità n. 798 del 12 giugno 2025 "Iniziativa in materia di Giustizia" Potenziare i percorsi di telemedicina per la presa in carico della popolazione detenuta negli Istituti penitenziari regionali	Formalizzazione del nuovo percorso di telemedicina attivato nel 2026	2 (+ 1 IP Trieste; + 1 IP Gorizia)
2.17 Sanità penitenziaria	2.17.b	Realizzazione di almeno un evento formativo congiunto tra personale sanitario e personale penitenziario per la prevenzione del rischio suicidario e autolesivo e fronteggiamento del disagio psichico (DGR 1749/2024 e DGR 112/2025)	Evento formativo congiunto realizzato in ogni istituto penitenziario	2
2.17 Sanità penitenziaria	2.17.c	Recepimento Accordo Conferenza Unificata n. 45 del 19 aprile 2023 e n. 15 del del 24 febbraio 2025. Presa in carico integrata dei minori/giovani adulti sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria, tossicofili/tossicodipendenti e/o affetti da disturbo psichico, ai sensi dell'art. 2 del d.P.c.m. del 1° aprile 2008	Costituzione dell'équipe sanitaria multiprofessionale secondo le indicazioni regionali, entro il 31.12.2026	1

3 ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI

In conformità con gli atti di programmazione dell'anno precedente, per il 2026 continueranno le 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). Verrà attuata 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).

3.1 Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici

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

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

I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA e monitorati periodicamente. Analogamente, anche per l'acquisto dei dispositivi medici rimane confermato e vigente il tetto di spesa per il 2026 secondo quanto previsto dalla normativa nazionale (Decreto-legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in legge con mod. dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e ss.mm.e ii.).

3.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale

Per il 2026, allo scopo di continuare a promuovere un uso appropriato e consapevole degli antimicrobici, si conferma l'indicatore relativo alle prescrizioni di antibiotici appartenenti al gruppo Access (DDD), cioè quelli di prima scelta in base alla classificazione AWaRe derivante dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa, integrato con altri indicatori territoriali (es. levotiroxina e farmaci antidiabetici), volti a favorire sostenibilità e appropriatezza.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	3.2.a	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%
3.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	3.2.b	Incremento della percentuale di DDD erogati in forma solida del p.a. Levotiroxina (comprese intere e divisibili) fino al 92%, riducendo all' 8% la quota di formulazioni liquide e contenendo la spesa annua.	% incremento di utilizzo di ff solide del p.a. Levotiroxina	≥ 92 %
3.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	3.2.c	Proposta di algoritmo per la prescrizione di farmaci SGLT2, GLP1, GIP/GLP1 allo scopo di monitorare l'andamento di prescrizioni e consumi di tali farmaci e promuoverne l'utilizzo appropriato su tutto il territorio regionale, anche in collaborazione con la Rete Diabetologica, ARCS e DCS.	Proposta di algoritmo prescrittivo in ambito diabetologico (SGLT2, GLP1, GIP/GLP1), che favorisca l'appropriatezza e la sicurezza prescrittiva	Presentazione alla DCS di proposta di sviluppo algoritmo prescrittivo entro 30.06.2026

3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Nel rispetto di quanto già stabilito dagli atti di programmazione precedenti, si continua a promuovere l'informatizzazione delle prescrizioni mediante gli applicativi regionali (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) assicurando il mantenimento della copertura delle prescrizioni personalizzate, con particolare riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale con iter elettronico tramite PSM.

In continuità alle attività intraprese nel 2025 che hanno visto l'implementazione e l'avvio del PSMPT anche presso le case di cura private accreditate, nel corso del 2026 l'attività sarà portata a regime e ulteriormente implementata, al fine di consentire anche la dispensazione del primo ciclo di terapia attraverso il suddetto applicativo in tali contesti.

Inoltre, nell'ambito dei farmaci medicinali innovativi (oncologici e non) e ad alto costo infusionali presenti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria, ASUGI, in continuità con quanto raggiunto nel 2025, assicura l'inserimento della residenza del paziente (regione e AS) con copertura del dato \geq al 95%, anche al fine di valutare una possibile attivazione della mobilità intra-regionale in tale contesto.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	3.3.a	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'applicativo PSM-PT (mantenimento > 72%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: \geq 72%. Per gli IRCCS la % di PT informatizzati \geq 72%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla Struttura.	\geq 72%
3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	3.3.b	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 2025 \geq 50%	< 50%
3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	3.3.c	Integrazione dei sistemi informativi delle Case di Cura private accreditate e relative farmacie interne per la prescrizione e la conseguente dispensazione informatizzate a PSM del primo ciclo di terapia.	Esecuzione delle attività di configurazione, installazione, connettività, formazione e avviamento dell'applicativo PSM nelle Case di Cura private accreditate e relative farmacie di competenza	Abilitazioni degli operatori e associazione dei farmaci (prescrivibili e dispensabili). 30.04.2026
3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	3.3.c	Integrazione dei sistemi informativi delle Case di Cura private accreditate e relative farmacie interne per la prescrizione e la conseguente dispensazione informatizzate a PSM del primo ciclo di terapia.	Esecuzione delle attività di configurazione, installazione, connettività, formazione e avviamento dell'applicativo PSM nelle Case di Cura private accreditate e relative farmacie di competenza	Report sullo stato di installazione e sulle attività di formazione e avviamento. 30.09.2026

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

Nell'ambito dei LEA ASUGI continua la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e l'erogazione del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale sia attraverso le proprie Strutture che le Strutture private accreditate convenzionate con il SSR, privilegiando la distribuzione di molecole il cui rapporto di costo-efficacia risulti vantaggioso nel contesto della cronicità territoriale.

In continuità rispetto all'applicazione dell'Accordo quadro sulla Distribuzione per conto dei medicinali di cui alla DGR n. 1007/2023, così come integrato dall'Accordo integrativo ex DGR n. 1111/2025, sarà favorito 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.

Nel 2026, grazie alla messa a punto di specifico percorso informatizzato di prescrizione e di erogazione, ASUGI avvierà la suddetta modalità di distribuzione, sensibilizzando i prescrittori all'utilizzo del nuovo strumento e monitorandone l'andamento. Sarà inoltre promosso l'avvio delle progettualità inerenti la Farmacia dei Servizi come da indicazioni regionali.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi	3.4.a	Le AS/ASU promuovono l'erogazione in DPC delle strisce per la misurazione della glicemia capillare (e glucometri abbinati), monitorandone l'andamento assieme ad ARCS e DCS, al fine di consentire la completa dematerializzazione del percorso entro fine anno (copertura $\geq 80\%$)	% prescrizioni modulo informatizzato ed erogazione DPC strisce (e glucometri) $\geq 50\%$ entro il 30.06.2026* *(per azienda pilota $\geq 60\%$)	30.06 $\geq 50\%$
3.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi	3.4.a	Le AS/ASU promuovono l'erogazione in DPC delle strisce per la misurazione della glicemia capillare (e glucometri abbinati), monitorandone l'andamento assieme ad ARCS e DCS, al fine di consentire la completa dematerializzazione del percorso entro fine anno (copertura $\geq 80\%$)	% prescrizioni modulo informatizzato ed erogazione DPC strisce (e glucometri) $\geq 80\%$ entro il 31.12.2026 per tutte le aziende	31.12 $\geq 80\%$
3.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi	3.4.b	Monitoraggio dell'andamento delle progettualità sulla Farmacia dei Servizi (area diabete) avviate nel 2025 nell'azienda pilota e nelle altre aziende a seguito della loro estensione	Produzione di un report dati semestrale che descriva le attività per ciascun progetto avviato e per territorio di competenza in termini di: farmacie aderenti per progettualità, obiettivi e risultati attesi del periodo, indicatori etc, secondo un format condiviso tra DCS, ARCS e Aziende	Report I semestre: entro il 31.07.2026
3.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi	3.4.b	Monitoraggio dell'andamento delle progettualità sulla Farmacia dei Servizi (area diabete) avviate nel 2025 nell'azienda pilota e nelle altre aziende a seguito della loro estensione	Produzione di un report dati semestrale che descriva le attività per ciascun progetto avviato e per territorio di competenza in termini di: farmacie aderenti per progettualità, obiettivi e risultati attesi del periodo, indicatori etc, secondo un format condiviso tra DCS, ARCS e Aziende	Report annuale entro il 31.01.2027

3.5 Farmacovigilanza

Al fine di individuare i reparti maggiormente interessati dal fenomeno di sottosegnalazione nonché sensibilizzazione gli operatori sanitari alla segnalazione di sospette reazioni avverse (ADR), le attività del 2026 si incentreranno sul miglioramento della qualità del dato relativo al reparto di afferenza del segnalatore, nonché al mantenimento o all'incremento del numero di ADR rispetto all'anno precedente.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.5 Farmacovigilanza	3.5.a	Indicazione del reparto/dipartimento di afferenza del segnalatore operatore sanitario ospedaliero nella sezione "C. Segnalatore"	Schede con indicazione reparto segnalatore o.s. ospedaliero / Totale schede con segnalatore o.s. ospedaliero $\geq 80\%$	$\geq 80\%$
3.5 Farmacovigilanza	3.5.b	Mantenimento o incremento del numero di segnalazioni di Sospette Reazioni Avverse (ADR) rispetto all'anno precedente	(SRNF2026-SRNF 2025)/SRNF 2025 $\geq 5\%$ SRNF2026 $\geq 60^{**}$ SRNF: segnalazioni nell'anno di riferimento ** Condizione valida se SRNF2025 ≤ 60	Variazione indicatore $\geq 5\%$

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

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

Nel caso in cui, in corso d'anno, si verifichi la perdita della copertura brevettuale, verrà data tempestiva comunicazione dei fabbisogni della molecola che ha perso la tutela brevettuale e una volta disponibile il farmaco equivalente verrà promosso l'impiego con la massima celerità ai singoli reparti interessati includendo il farmaco equivalente/biosimilare nelle liste di "prescrizione agevolata".

Sarà prestata la massima attenzione agli indicatori proposti e dedicati all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici e biosimilari a minor costo sono tratti dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2024", redatto dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.d	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 2026 vs % uso 2025	Δ % >0 2026-2025
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.e	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "generazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "generazione"	Δ % >0 2026-2025
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.f	Le Aziende, in linea con le raccomandazioni per un utilizzo costo-efficace e tenuto conto dell'equivalenza terapeutica, favoriscono l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n° 98 Per gli altri intravitreali favorire farmaco generico/biosimilare se disponibile	% di consumo (U.P.) di bevacizumab intravitale* o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi (U.P.) di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n°98 Modalità di calcolo % 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	>=65% (valore gen-giu 2025: 64,2%)
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.g	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per l'INSULINA GLARGINE	% di consumo di farmaci biosimilari o vincitore di gara rispetto al farmaco originator per l'insulina glargine (ATC Insulina Glargine: A10AE04 - TOUJEO come biosimilare- AIC 043192347-E0806601) Modalità di calcolo: UI farmaco biosimilare/totali UI consumate Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata	>=93% (valore 2024: 87% valore gen-mag 2025: 91%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.h	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	% di consumo di farmaci biosimilari o vincitore di gara rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10) Modalità di calcolo: UP farmaco biosimilare/totali UP consumate Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata	> =75% (valore 2024: 63% valore gen-mag 2025: 45%)
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.i	Incremento % di Piani Terapeutici informatizzati 'prima prescrizione' del farmaco biosimilare o vincitore di gara di SOMATROPINA (1° in graduatoria gara farmaci biologici) in DPC	% di Piani Terapeutici informatizzati 'prima prescrizione' di biosimilare rispetto al totale di Piani Terapeutici informatizzati 'prima prescrizione' con principio attivo SOMATROPINA (ATC5 Somatropina: H01AC01)	≥ 90% (valore gen-giu 2025: 0 %)
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.j	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare FILGRASTIM (1° graduatoria gara farmaci biologici FATTORE DI CRESCITA DELLE COLONIE) rispetto ai restanti farmaci biosimilari	% di consumo di farmaco FILGRASTIM (1° graduatoria gara farmaci biologici FATTORE DI CRESCITA DELLE COLONIE) rispetto al totale consumo farmaci con principio attivo FATTORE DI CRESCITA DELLE COLONIE rispetto ai restanti farmaci biosimilari (ATC Fattore di crescita delle colonie: L03AA) Modalità di calcolo: UP farmaco biosimilare aggiudicatario di gara /totali Up consumate farmaci biosimilari Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata	> =90% (valore 2024: 83% valore gen-mag 2025: 93%)
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.k	Incremento % utilizzo NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) a minor costo	% di consumo di equivalenti NAO a brevetto scaduto rispetto al totale consumi (brand + equivalente) NAO a brevetto scaduto	≥75% (valore gen-giu 2025: 73,3 %)
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.l	Misurare la penetrazione del biosimilare di Ustekinumab sul totale dei consumi, al fine di contenere la spesa e incentivare l'uso dei biosimilari	Percentuale bios = (up_bios_ustek)/(up_orig_ustek + up bios_ustek) × 100	≥70%

3.6.1 Assistenza integrative

La DGR 808/2024 ha approvato un "Documento di consenso regionale sulla prescrizione dei microinfusori e dei sistemi di monitoraggio in continuo o intermittente della glicemia nelle persone con diabete" con cui, tra l'altro è stato definito un limite di spesa per la fornitura dei dispositivi per il monitoraggio intermittente della glicemia interstiziale.

Nel corso del 2025, il Tavolo di monitoraggio dei dispositivi medici ha costantemente analizzato anche i dati di spesa di tutti i dispositivi di assistenza integrativa per pazienti diabetici a media e alta complessità (rif. gare ARCS 21APB001 e 18PRE013), rilevando nel primo semestre 2025 una spesa complessiva di circa 8,1 milioni di euro (al lordo dell'IVA), di cui il 19% è rappresentato dai sensori per il monitoraggio intermittente della glicemia.

Sono anche stati raccolti e analizzati, in condivisione con i clinici e le direzioni aziendali, i dati di monitoraggio e gli indicatori definiti nel Documento. Sono emerse delle significative differenze prescrittive tra gli Enti correlate anche ad aspetti logistico-organizzativi che, opportunamente gestiti, potranno progressivamente

contribuire a migliorare l'assistenza. Si potrà quindi determinare un impatto complessivo di incremento di spesa per l'uso delle tecnologie.

Fermo restando il tetto di spesa nazionale e regionale fissati dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, nella legge 7 agosto 2012, n. 135, e ss.mm.e ii., considerato che è prevista una proroga dei contratti di fornitura in essere, il limite revisionale medio di spesa (al lordo dell'IVA) per l'anno 2026, a cui tendere per l'acquisto complessivo dei dispositivi tiene conto della previsione di incremento della percentuale dei pazienti DM1 età = > 18 anni in trattamento con microinfusore (in attuazione dell'obiettivo cod. 5.3.3.b di cui al successivo paragrafo 5.3.3 *Rete diabete*) in coerenza con le Linee guida Nazionali e viene fissato a € 7.106.240.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.6.1 Assistenza integrativa	3.6.1.a	Gli Enti prescrivono informaticamente i dispositivi di assistenza integrativa a media e alta complessità per pazienti diabetici	% delle prescrizioni informatizzate effettuate da ogni Ente	>75%

Anche nel 2026 le erogazioni dei dispositivi di assistenza integrativa (allegati 2 e 3 del DPCM 12 gennaio 2017) sono registrate nel gestionale "PSM2-AFIR.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.6.1 Assistenza integrativa	3.6.1.b	Le Aziende implementano l'utilizzo del PSM2-AFIR per la registrazione delle erogazioni dei dispositivi di assistenza integrativa per un miglior monitoraggio e governo	le Aziende registrano le erogazioni dei dispositivi di assistenza integrativa (allegati 2 e 3 del DPCM 12 gennaio 2017) effettuate a favore degli aventi diritto	erogazioni registrate si/no

Nel 2025 è stato avviato un tavolo di lavoro multidisciplinare e interaziendale per la definizione di Linee guida per l'utilizzo appropriato delle medicazioni per lesioni cutanee complicate. Il documento sarà adottato a livello regionale e nel 2026 sarà attivato un evento formativo regionale per la diffusione dei contenuti. A seguire ASUGI avvierà dei percorsi formativi interni per favorire l'appropriatezza d'uso delle medicazioni, migliorare le ricadute dell'assistenza e l'efficienza del sistema.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.6.1 Assistenza integrativa	3.6.1.c	1. Nel 2026, vengono attuati dei percorsi formativi per favorire l'uso appropriato delle medicazioni e delle risorse	Successivamente al percorso formativo ARCS, gli Enti del SSR realizzano dei percorsi formativi interni sull'uso delle medicazioni sia in ambito ospedaliero che territoriale	almeno 1 edizione formativa entro il 31.12.2026
3.6.1 Assistenza integrativa	3.6.1.c	2. L'uso di questi dispositivi (medicazioni) viene monitorato periodicamente	Il Tavolo di monitoraggio dei dispositivi medici analizza periodicamente i dati di spesa e consumo delle medicazioni	Gli Enti diffondono al loro interno i report di monitoraggio e riscontrano a DCS e ARCS, entro le scadenze che saranno indicate dal coordinatore del Tavolo, gli eventuali approfondimenti che si rendessero necessari

3.7 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, il quale interessa:

- 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.

Nel 2026, ASUGI continua ad implementare azioni per migliorare la qualità dei flussi trasmessi al Ministero della salute e garantire anche ricadute positive per la gestione ed il monitoraggio regionale dei dispositivi medici (DM) e dispositivi medico in vitro (IVD).

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.7 Flussi informativi dei dispositivi medici	3.7.a	Nel 2026, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM e agiscono per favorire complessivamente azioni di governance	1. Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	al 30.6.2026 nei gestionali di magazzino non sono presenti referenze dei dispositivi medici con "numero di BD/RDM da individuare" (Progressivo DM + Tipo: 1-1)
3.7 Flussi informativi dei dispositivi medici	3.7.a	Nel 2026, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM e agiscono per favorire complessivamente azioni di governance	1. Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	al 31.12.2026 nei gestionali di magazzino non sono presenti referenze dei dispositivi medici con "numero di BD/RDM da individuare" (Progressivo DM + Tipo: 1-1)
3.7 Flussi informativi dei dispositivi medici	3.7.a	Nel 2026, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM e agiscono per favorire complessivamente azioni di governance	1. Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	riduce entro il 30.4.2026 il numero delle referenze dei dispositivi medici "Dispositivo medico senza repertorio" rispetto al dato rilevato il 31.12.2025 e lo mantiene tale fino al 31.12.2026

3.8 Dispositivo vigilanza

La dispositivo-vigilanza svolge un ruolo importante nel garantire un elevato livello di protezione e tutela della salute e della sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di tutti i soggetti che a vario titolo interagiscono con essi.

La normativa vigente prevede l'obbligo per l'operatore sanitario di segnalare gli incidenti gravi, anche solo sospetti, che rilevano nell'esercizio della loro attività e a segnalare al fabbricante i reclami e la sanzione in caso di omissione.

E' importante quindi la diffusione della conoscenza dell'argomento e delle modalità operative della rete regionale di dispositivo-vigilanza. Al riguardo anche nel 2026 è a disposizione di tutti gli operatori sanitari della regione il corso FAD "La vigilanza sui dispositivi medici: la rete nazionale e regionale" al quale ASUGI garantirà la partecipazione.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	1. 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
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	2. Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori di cui alla nota citata	I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono sempre attivo il profilo
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	2. Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori di cui alla nota citata	II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	2. Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori di cui alla nota citata	III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.b	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivi-vigilanza	In ogni Ente del SSR è assicurata la formazione degli operatori sanitari sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.	al 31.12.2026 >= 2 ulteriori operatori sanitari (rispetto al 2025) di ogni: - SC/SSD sanitaria - Dipartimento di salute mentale, - Dipartimento delle Dipendenze - Dipartimento di Prevenzione - Distretto hanno superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza

3.9 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici

Nel 2026 proseguono le attività del Tavolo regionale di monitoraggio dei dispositivi medici, coordinato da ARCS in collaborazione con la DCS. ASUGI garantisce la partecipazione e lo svolgimento delle attività che si rendessero necessarie per un miglioramento del monitoraggio e della comprensione dei dati.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.9 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	3.9.a	2. Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	2.1 Gli Enti assicurano la partecipazione attiva dei propri referenti ad ogni riunione del Tavolo di monitoraggio, danno seguito alle attività concordate e presentano una sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta entro i termini indicati dal coordinatore del Tavolo	partecipazione dei referenti degli Enti alle riunioni e relazione presentata entro i termini
3.9 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	3.9.a	2. Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	2.2 Gli Enti diffondono agli operatori interessati il report di monitoraggio trasmesso dalla DCS	evidenza della diffusione di ogni report

3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici

Nel 2026 ASUGI continua ad operare per garantire efficienza al SSR e applicano le indicazioni ministeriali di cui alle circolari prot. n. 0001341-P-19/02/2016, prot. n. 0003251-P-21/04/2016 e prot. n. 0007435-17/03/2020-DGPROGS-MDS-P assicurando un miglioramento continuo dell'attività ed accuratezza gestionale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	3.10.b	Gestione delle fatture per l'acquisto di DM/IVD	Tutti gli Enti gestiscono correttamente le fatture per l'acquisto di DM/IVD	Al 31.12.2026 almeno il 95% delle fatture per l'acquisto di DM/IVD risultano gestite secondo le indicazioni ministeriali

ASUGI monitora gli indicatori di efficienza d'uso di alcuni dispositivi medici del sistema di valutazione delle performance del Network delle Regioni (c.d. BERSAGLIO) della Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa.

Nella tabella sono rappresentati gli obiettivi, gli indicatori ed i target 2026 per i quali proseguirà l'attività di monitoraggio, al fine di implementare delle azioni di controllo e miglioramento.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	BERSAGLIO F10.3.1	Governare la spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera: guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbenza CND T040) per punto DRG Modalità di calcolo: spesa per CND elencati/punti DRG Fonte: SISSR-BO- dispositivi medici (tipo struttura 01, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")	Valore \leq 24,11€ (valore 2024: 24,11€ valore gen-mag 2025: 25,58€)
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	BERSAGLIO F10.3.7.1B	Governo della spesa per medicazioni specialistiche utilizzo ospedaliero	Costo medicazioni specialistiche per giornata di degenza Modalità di calcolo: costo medicazioni (CND M04)/ giornata di degenza Fonte: SISSR-BO- dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura 01, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")	Valore \leq 3,28€ (valore 2024: 3,28€ valore gen-mag 2025: 3,25€)
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	3.10.d	Governo della spesa per medicazioni specialistiche utilizzo territoriale	Costo medicazioni specialistiche per giornata di assistenza ADI Modalità di calcolo: costo medicazioni (CND M04)/ n. giornate di assistenza in ADI Fonte: SISSR-BO- dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura 02, destinazione "D-Assistenza domiciliare", destinazione di utilizzo "diretta")	Valore \leq 2,8€ (valore 2024: 3,30€ valore gen-mag 2025: 2,78€)
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	3.10.e	Governo della spesa media per protesi di ginocchio	Costo protesi del ginocchio per punto DRG Modalità di calcolo: 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) Fonte: SISSR-BO- dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura 01, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")	\leq 1.300€ (valore 2024: 1.118,42€ valore gen-apr 2025: 1.282,80€)
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	3.10.f	Tutti gli Enti collaborano all'avvio di una nuova attività a valenza regionale sui DM/IVD introdotti nei percorsi di diagnosi e cura (esclusi i DM della CND Z non ricompresi nell'assistenza integrativa)	Gli Enti riscontrano le richieste della DCS	Riscontri completi e tempestivi

4. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera l'indirizzo prioritario è da un lato quello di recuperare tempestività nella risposta ai bisogni dei cittadini, dall'altra quello di 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 degli anni precedenti dei percorsi di miglioramento che hanno portato, seppur in maniera non omogenea, 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 2026 rappresentano obiettivo per ASUGI, nell'ottica di avvicinare le performance aziendali ai valori medio alti del Network delle Regioni, di ridurre la variabilità presente nel territorio regionale, oltre che a perseguire i target previsti dalle indicazioni nazionali e regionali. Attorno ad ogni indicatore è necessario costruire un percorso di miglioramento a partire dalle criticità che emergono dall'analisi più approfondita dei dati e dalla rappresentazione dell'attività sottostante svolta in termini di organizzazione e di appropriatezza, studiare le cause e allargare lo sguardo oltre il singolo valore di ogni indicatore.

4.1 Appropriatelyzza e efficienza operative

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	Lea NSG H04Z	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,16 (valore FVG 2024:0,19 Valore gen-apr 2025:0,19)
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	Lea NSGH05Z	Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 85 (valore FVG 2024: 67,3% Valore gen-apr 2025: 75%)
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	BERSAGLIO C2A.M	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 (valore FVG 2024:0,49 Valore gen-apr 2025: 0,24)
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	BERSAGLIO C2A.C	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,4 (valore FVG 2024: 1,24 Valore gen-apr 2025: 1,03)
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	BERSAGLIO H13C.N	H13C.N Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (PS o ricovero) – ospedali HUB	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (PS o ricovero) – ospedali HUB	>= 65% (valore FVG 2024: 45,84% Valore gen- apr 2025: 62,24%)
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	4.1.b	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (PS o ricovero) – ospedali SPOKE	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (PS o ricovero) – ospedali SPOKE	>= 65% (valore FVG 2024: 73,93% Valore gen- apr 2025: 73,42%)

4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting nell'attività chirurgica

Per perseguire il miglioramento dell'appropriatezza del setting utilizzato nelle singole sedi utilizzate per l'erogazione delle attività chirurgiche vengono individuati ulteriori obiettivi specifici.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.1	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 36; 38; 39; 42 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di OORR di Trieste >=44,00% (Valore 2024: 00,00%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.2	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 55; 169 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di OORR di Trieste >= 30,00% Valore 2024: 12,39%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.3	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 266; 339 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di OORR di Trieste >= 50,00% (Valore 2024: 34,94%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.4	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 229; 232; 503 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di OORR di Trieste >= 45,00% (Valore 2024: 16,47%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.5	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 040 227 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di OORR di Trieste >= 30,00% (Valore 2024: 8,57%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.6	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 169 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Gorizia >= 25,00% (Valore 2024: 00,00%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.7	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 158; 160; 266; 339 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Gorizia >= 45,00% (Valore 2024: 26,45%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.8	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inapproprietezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 229; 538 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Gorizia >= 48,00% (Valore 2024: 32,14%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.9-c.12	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 270 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Gorizia >=60,00% Monfalcone >=60% (Valore 2024 Gorizia: 47,37% Valore 2024 Monfalcone: 40,00%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.10	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 158; 160 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Monfalcone >= 35,00% (Valore 2024: 14,41%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.11	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 229; 232; 538 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Monfalcone >= 45,00% (Valore 2024: 23,62%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.13	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 158 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Sanatorio TS >= 25,00% (Valore 2024: 15,29%)
4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting dell'attività chirurgica	4.1.1.c.14	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	% dei DRG 119 erogati in setting DH su totale dimessi con DRG specifici per la sede di Pol. Triestino Salus >= 70,00% (Valore 2024: 51,72%)

3.2 Assistenza materno infantile

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.a	Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico	% di ostetriche formate sulla gestione delle gravidanze BRO	>=70%
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.b	Le Aziende promuovono l'informatizzazione del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO)	Percentuale di operatori dedicati formati sull'utilizzo delle schede informatizzate su G2 clinico	>=90%
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.c	Le Aziende promuovono il percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) incentivando la gestione in autonomia delle ostetriche delle gravidanze BRO	N° gravidanze che hanno seguito il percorso BRO a conduzione ostetrica /N° di gravidanze etichettate BRO al ricovero per il parto x 100	>=50%

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% (valore 2024: 8,84% Valore gen-apr 2025:9,20%)
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.d	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	Definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	Predisposizione documento e sua trasmissione a DCS e ARCS entro 30.9.2026
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.d	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	Definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	relazione attività trasmessa a DCS e ARCS entro 31.12.2026
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.e	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	Percentuale di neonati dimessi dal punto nascita con attribuzione del PLS, per garantire la presa in carico entro il primo mese di vita	>90%
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.f	Le Aziende promuovono la partecipazione delle donne ai corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)	Aumento della percentuale di donne che partecipano ai CAN	+20%
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.g.1	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	Almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale	1 evento
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.h	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.i	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	% di donne segnalate alla psichiatria che sono prese in carico	100%

4.3 Rete neonatologica e punti nascita

Nel corso del 2026 si procederà con l'Adeguamento agli standard previsti dalla CU 137/2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Il punto nascita di Monfalcone, che nel 2025 ha superato i 500 parti, rispetta gli standard previsti.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.3 Rete neonatologica e punti nascita	4.3.a	Sospensione punti nascita con volume parti sotto soglia	Presenza di punti nascita attivi solo nelle strutture che nel 2025 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali concesse o già richieste dalla Regione Friuli Venezia Giulia e per le quali non sia ancora disponibile il relativo riscontro del Ministero Salute e comunque sempre condizionatamente alla valutazione dell'Azienda sanitaria di sussistenza dei necessari requisiti di sicurezza sanitaria	Entro il 31.12.2026

4.4 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"). ASUGI procede nella attività di competenza in raccordo con il Centro di Regionale Trapianti.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.a	Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017 su organizzazione dei Coordinamenti locali Ospedalieri per il Procurement (COP)	N° incontri per ogni COP.	4 incontri per COP per Azienda
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.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	Relazione annuale entro 31.12.2026
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.b	Incremento donazione cornee	% donazioni di cornee rispetto alle persone decedute in ospedale e hospice di età compresa tra 4 e 80 anni	Definizione procedura per donazione in hospice
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.c	Donazione di placenta	Avvio / mantenimento	Avvio
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.d	Monitoraggio registro Pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta DLCA	Relazioni semestrale su rapporto tra pazienti deceduti presenti nel registro e SDO trasmesse al Centro Regionale trapianti	1 relazione semestrale entro 31.08.2026
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.d	Monitoraggio registro Pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta DLCA	Relazioni semestrale su rapporto tra pazienti deceduti presenti nel registro e SDO trasmesse al Centro Regionale trapianti	1 relazione semestrale entro il 28.02.2027
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.e	Numero 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 31.01.2027)
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.f	Mantenimento del numero di trapianti di rene	Il numero di trapianti di rene	Segnalazione coppie trapianto da vivente
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.h	Donazione a Cuore Fermo DCD	numero di donatori a cuore fermo	Adozione Protocollo Aziendale
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.i	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute"	Percentuale di istituti scolastici del territorio che aderiscono alla rete di SPS entro il 2026	COP Collaborazione e monitoraggio

4.5 Piano sangue

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.5 Piano sangue	4.5.b	Efficienza della raccolta sangue ed emocomponenti nelle sedi fisse dei DMT	n. di presentazioni /n. di accessi disponibili	>90% con monitoraggio trimestrale dell'indicatore e in caso di criticità, in collaborazione con il DMT, promuove e concorda misure correttive sulla cui azione vigila
4.5 Piano sangue	4.5.d	Completare il progetto del Centro regionale per la qualificazione biologica delle unità	Trasferimento dei test di immunoematologia dei donatori dai Dipartimenti al CURPE	Preparazione del progetto di trasferimento entro giugno 2026

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
4.5 Piano sangue	4.5.d	Completare il progetto del Centro regionale per la qualificazione biologica delle unità	Trasferimento dei test di immunoematologia dei donatori dai Dipartimenti al CURPE	Completamento dell'attività entro dicembre 2026
4.5 Piano sangue	4.5.e	Inserimento nei Dipartimenti di metodiche di immunoematologia molecolare di I° livello finalizzata alla terapia trasfusionale in sicurezza	Avvio dell'attività	Inserimento dell'attività nei Laboratori di Immunoematologia finalizzata alla sicurezza trasfusionale
4.5 Piano sangue	4.5.f	Definire le modalità di esecuzione dello screening regionale di 1° livello per le emoglobinopatie	Inserimento dello screening nella rete regionale delle emoglobinopatie	Completamento della rete regionale delle emoglobinopatie con l'inserimento dello screening neonatale di primo livello

5. RETI CLINICHE

5.1 Reti tempo-dipendenti

5.1.1 Rete emergenza cardiologica

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.1 Reti tempo-dipendenti	5.1.1.b	Incrementare il numero di pazienti con STEMI che effettuano angioplastica entro 90'	% di pazienti con STEMI che effettuano angioplastica entro 90' (fonte SDO)	>=70% (valore 2024: 68%)
5.1 Reti tempo-dipendenti	5.1.1.c	Migliorare / mantenere la % di pazienti con diagnosi di NSTEMI ricoverati in Cardiologia Spoke, successivamente trasferiti in Cardiologia Hub (NSTEMI Cardiologia Spoke trasferiti all'Hub/totale NSTEMI ricoverati Cardiologia Spoke)	% pazienti NSTEMI trasferiti da Centro Spoke tra coloro che accedono a Centro Spoke	>= 75% (valore 2024: 69,48%)

5.1.3 Rete ictus

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.1 Reti tempo-dipendenti	5.1.3.c	Miglioramento dell'esecuzione della trombolisi endovenosa nei pazienti ricoverati per ictus	% di pazienti ricoverati per ictus che effettuano una trombolisi endovenosa	>=25% (Valore 2024: 23,33% Valore gen-mar 2025: 23,3%)
5.1 Reti tempo-dipendenti	5.1.3.d	Miglioramento dell'esecuzione dell'angio TC nei pazienti sottoposti a terapia ripervasiva	% di pazienti soggetti a terapia ripervasiva che sono stati sottoposti ad Angio TC durante il ricovero	>=90% (Valore 2024: 94,52% Valore 1 gen 2025-15 mag 2025: 90,38%)
5.1 Reti tempo-dipendenti	5.1.3.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	>=9% (Valore 2024: 9,36%)
5.1 Reti tempo-dipendenti	PNE	Riduzione delle riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal trattamento per ictus ischemico (indicatore PNE)	proporzione di primi ricoveri ospedalieri per ictus ischemico seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario	<=5,7% (valore 2024 8%)

5.1.4 Emergenza-urgenza territoriale

Per procedere nell'attività di consolidamento del dipartimento funzionale di emergenza urgenza, tutti gli atti e le procedure che riguardano l'emergenza urgenza territoriale è previsto vengano discussi, condivisi e approvati dal dipartimento interaziendale funzionale emergenza urgenza.

Considerata la valenza strategica e sovraziendale della funzione di centrale operativa di SORES, al fine di garantire la presenza di personale medico e infermieristico in SORES (elemento che nella seconda metà del 2024 ha rappresentato importanti livelli di criticità) ASUGI si impegna a perseguire le seguenti azioni:

- Assicurare le attività previste dalla convenzione stipulata nel corso del 2024 tra ARCS e gli Enti del SSR al fine di garantire la rotazione del personale dell'emergenza territoriale nei vari setting in cui è articolato:

centrale operativa, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale (PET). Per il 2026 sarà garantita la rotazione con il corrispondente scambio di almeno il 30 % del personale di SORES.

- ASUGI assicura, 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 medica ed infermieristica alla SORES, concordando le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione, di cui ne sono corresponsabili.
- Per mantenere stabile e adeguato l'organico di ARCS a servizio della funzione e assicurare la rotazione nel servizio, in presenza di domande di mobilità verso ARCS di personale medico ed infermieristico che chieda di essere assegnato alla SORES ASUGI garantisce il rilascio del relativo assenso alla mobilità in numero sufficiente alle esigenze tempo per tempo definite da ARCS, fermi rimanendo i poteri di indirizzo e controllo da parte della DCS nei riguardi di ARCS.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.1 Reti tempo-dipendenti	5.1.4.a	Rotazione del personale infermieristico e medico tra la SC Sores di ARCS e le Pet e le sedi di Automedica delle Aziende sanitarie regionali	Definizione di un piano congiunto tra le aziende (ARCS, ASFO, ASUGI, ASUFC) che preveda la rotazione del personale infermieristico almeno nella misura garantita nell'anno 2025 e per il personale medico	Entro il 28.02.2026
5.1 Reti tempo-dipendenti	5.1.4.a	Rotazione del personale infermieristico e medico tra la SC Sores di ARCS e le Pet e le sedi di Automedica delle Aziende sanitarie regionali	Evidenza della realizzazione del piano congiunto	A partire dal 15.03.2026
5.1 Reti tempo-dipendenti	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

3.3 Gestione dei percorsi delle cronicità

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità	5.2.b	Le Aziende Sanitarie, applicando i PDTA per Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, garantiscono che tutti i pazienti possano effettuare gli accertamenti previsti dai PDTA stessi	Percentuale di pazienti diabetici prevalenti con esordio della malattia in età >=35 anni aderenza ad almeno 4 delle 5 raccomandazioni (2 HbA1c nell'anno, 1 profilo lipidico all'anno, 1 microalbuminuria all'anno, 1 filtrato glomerulare o creatinina o creatinina clearance all'anno, 1 controllo dell'occhio ogni due anni)	>= 70 %
5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità	5.2.c	Le Aziende Sanitarie, applicando i PDTA per Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, garantiscono che tutti i pazienti possano effettuare gli accertamenti previsti dai PDTA stessi	Percentuale di pazienti dimessi con scompenso che nei 3 mesi successivi alla dimissione del ricovero indice che hanno una prescrizione di ACE inibitore o sartani con una PDC (proporzione di giorni coperti dal farmaco) nei successivi 12 mesi >=75%	>= 70 %
5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità	5.2.d	Le Aziende Sanitarie, applicando i PDTA per Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, garantiscono che tutti i pazienti possano effettuare gli accertamenti previsti dai PDTA stessi	Percentuale di pazienti dimessi con scompenso che nei 3 mesi successivi alla dimissione del ricovero indice hanno una prescrizione di beta-bloccanti con una PDC (proporzione di giorni coperti dal farmaco) nei successivi 12 mesi >=75%	>= 70 %

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità	5.2.e	Le Aziende Sanitarie, applicando i PDTA per Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, garantiscono che tutti i pazienti possano effettuare gli accertamenti previsti dai PDTA stessi	% pazienti della coorte prevalente di pazienti scompensati (identificati con i criteri NSG PDTA) con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi al ricovero indice ≥ 1	$\geq 50\%$
5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità	5.2.f	Le Aziende Sanitarie, applicando i PDTA per Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, garantiscono che tutti i pazienti possano effettuare gli accertamenti previsti dai PDTA stessi	% di pazienti prevalenti con BPCO (selezionati con i criteri NSG PDTA) con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata d'azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice $\geq 75\%$	$\geq 50\%$
5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità	5.2.g	Le Aziende Sanitarie, applicando i PDTA per Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, garantiscono che tutti i pazienti possano effettuare gli accertamenti previsti dai PDTA stessi	% di pazienti prevalenti con BPCO (selezionati con i criteri NSG PDTA) con un tasso di visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice ≥ 1	$\geq 70\%$
5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità	5.2.h	Le Aziende Sanitarie, applicando i PDTA per Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, garantiscono che tutti i pazienti possano effettuare gli accertamenti previsti dai PDTA stessi	Diffusione dei risultati attraverso la diffusione di un report destinato ai coordinatori di AFT e ai direttori di SOC cliniche.	il report è diffuso a dicembre

5.3 Altre reti

5.3.1 Rete cure palliative

Nel corso del 2026 ASUGI è chiamata a completare quanto previsto dalla DGR 1475 del 22.9.2023 di approvazione del "Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2023-2025" e suoi successivi aggiornamenti e a mantenere i target raggiunti.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.3 Altre reti	5.3.1.a	Rete cure palliative Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi per tutto il 2026	36 pl
5.3 Altre reti	5.3.1.b	Rete cure palliative Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento	N° UCP dom per tutto il 2026	4
5.3 Altre reti	5.3.1.c	Rete cure palliative Attuazione standard ministeriali (DM 77/2022; DGR 2024/2022)	Viene garantita la funzione di cure palliative domiciliari h24, 7 giorni su 7, anche in collaborazione con i servizi di ADI	UCP dom operativa h 24 7/7
5.3 Altre reti	BERSAGLIO D32Z	Rete cure palliative Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	% di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero ≤ 7 gg	$< 25,0\%$ (valore 2024 22,79% valore gen-mar 2025 17,50%)
5.3 Altre reti	LEA NSG D30Z	Rete cure palliative Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	$> 65,0\%$ (valore 2024 62,01% valore gen-mar 2025 75,30%)

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.3 Altre reti	5.3.1.d	Rete cure palliative Sviluppare l'attività ambulatoriale	N° ore die/gg settimana/300.000 ab	3 ore e 30'/die per 5 gg/settimana (dato calcolato per intera popolazione aziendale)
5.3 Altre reti	5.3.1.e	Rete cure palliative Incrementare la quota di pazienti non oncologici accolti in hospice	% di pazienti non oncologici accolti in hospice	>20% (valore 2024 5%)
5.3 Altre reti	5.3.1.g	Rete cure palliative Adozione a livello aziendale del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale della persone in Cure Palliative in FVG"	n. di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo
5.3 Altre reti	5.3.1.h	Rete cure palliative Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	n. di eventi formativi aziendali	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo
5.3 Altre reti	5.3.1.i	Rete cure palliative Percorso di cura integrato per la presa in carico del paziente adulto; migliorare la rilevazione dei dati di attività della rete Cure Palliative	Definizione e adozione da parte degli enti di un lessico uniforme da utilizzare per la registrazione delle consulenze di Cure Palliative nel paziente ricoverato	Entro 30.06.2026
5.3 Altre reti	5.3.1.k	Rete cure palliative Assegnazione di risorse professionali infermieristiche con capacità professionali adeguate alla gestione delle CP pediatriche in almeno 1 UCP dom/Azienda	Presenza di personale infermieristico formato alla gestione delle CP pediatriche in almeno 1 UCP dom per azienda	Entro 31.12.2026

5.3.3 Rete diabete

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.3 Altre reti	5.3.3.b	Rete diabete Incrementare il n° di pazienti con Diabete mellito di tipo 1 con età >=18 anni in trattamento con microinfusore, tenendo conto dell'attuale quota di popolazione aziendale al momento servita, al fine di tendere progressivamente al 60% in coerenza con le Linee Guida Nazionali	% di pazienti con DM1 età >=18anni in trattamento con microinfusore (l'indicatore è calcolato dalle singole aziende)	>=60%
5.3 Altre reti	5.3.3.c	Rete diabete Mantenimento del n° di pazienti con Diabete mellito di tipo 1 con età >=18 anni dotati di CGM	% di pazienti con DM1 età >=18anni dotati di CGM (l'indicatore è calcolato dalle singole aziende)	>=80%
5.3 Altre reti	5.3.3.d	Rete diabete Incrementare il n° di pazienti con Diabete mellito di tipo 1 con età >=18 anni con almeno una microalbuminuria l'anno, in linea con gli indicatori PDTA NSG	% di pazienti con DM1 età >=18anni in trattamento con almeno una microalbuminuria l'anno (l'indicatore è calcolato dalle singole aziende)	>=80%

5.3.4 Rete cuore

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.3 Altre reti	5.3.4.a	Rete cuore Incrementare il numero pazienti che hanno effettuato almeno una visita cardiologica entro un mese dopo la dimissione con diagnosi di Scompenso Cardiaco	% di pazienti che hanno effettuato almeno una visita cardiologica entro un mese dopo la dimissione con diagnosi di Scompenso Cardiaco	20% (valore 2024:19,4%)

5.3.9 Rete senologica

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.3 Altre reti	5.3.9 BERSAGLIO H03C	Rete senologica 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 2024 11,8%)

5.3.10 Rete HPH

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
5.3 Altre reti	5.3.10.b.1	Rete HPH Valorizzazione del personale che opera nei team multiprofessionali per la promozione della salute in sinergia con SPP, Comitati Unici di Garanzia e altre iniziative di benessere sul posto di lavoro. Evidenza di collaborazione fra i diversi stakeholders che si occupano di fattori di protezione e fattori di rischio nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro nel setting sanitario.	Evidenza presso ogni Azienda di una procedura per la gestione condivisa tra rete di Promozione della Salute e Servizio di Prevenzione e Protezione aziendali del benessere organizzativo	entro 30.06.2026
5.3 Altre reti	5.3.10.b.2	Rete HPH Valorizzazione del personale che opera nei team multiprofessionali per la promozione della salute in sinergia con SPP, Comitati Unici di Garanzia e altre iniziative di benessere sul posto di lavoro. Evidenza di collaborazione fra i diversi stakeholders che si occupano di fattori di protezione e fattori di rischio nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro nel setting sanitario.	Evidenza di almeno 1 progetto condiviso tra rete HPH e SPP per la promozione del benessere del personale	entro il 31.12.2026

6. SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY

La trasformazione digitale del Servizio sanitario regionale sta vivendo una fase di forte accelerazione, trainata da quattro fattori convergenti:

- i mutamenti organizzativi, culturali e demografici che influenzano direttamente la domanda di servizi digitali e il modo in cui il SSR deve garantire prossimità, continuità ed efficienza delle cure;
- l'evoluzione normativa, europea e nazionale, che impone nuovi obblighi in tema di cybersicurezza, interoperabilità, gestione dei dati, intelligenza artificiale e tutela della privacy;
- l'attuazione delle progettualità PNRR e delle iniziative nazionali in materia di sanità digitale, che richiedono strumenti informativi interoperabili, sicuri e capaci di supportare modelli assistenziali sempre più integrati tra ospedale, territorio e domicilio;
- l'innovazione tecnologica che si esprime in un cambio di approccio: architetture flessibili, standard condivisi per lo scambio dei dati, piattaforme che valorizzano le informazioni attraverso l'analisi e l'intelligenza artificiale, sistemi di sicurezza integrati già dalla fase di progettazione, strumenti di monitoraggio in tempo reale e automazione dei processi amministrativi e clinici.

In questo contesto, diventa indispensabile rafforzare la governance dei sistemi informativi e della protezione dei dati personali, assicurando al tempo stesso coerenza strategica, capacità operativa e uniformità di approccio tra i diversi attori: gli Enti del SSR quali protagonisti della digitalizzazione nei propri processi clinici e gestionali, ARCS quale coordinatore tecnico-operativo e garante della coerenza del sistema, Insiel S.p.A. quale partner strategico e società in house realizzatore e gestore delle soluzioni tecnologiche e la Direzione centrale salute quale organo di indirizzo e programmazione.

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

Cabina di regia dei Sistemi informativi sanitari regionali

Nel 2026 si consolida inoltre il coordinamento dei Sistemi informativi sanitari regionali, riattivato nel corso del 2025, mediante l'istituzione di una Cabina di regia dei Sistemi informativi sanitari regionali, che prevede incontri almeno mensili coordinati operativamente da ARCS cui partecipano anche gli Enti del SSR, DCS e Insiel S.p.A. La Cabina di regia esercita i seguenti compiti principali:

- indirizzare e monitorare l'attuazione delle linee strategiche di digitalizzazione del SSR;
- approvare i criteri comuni per la predisposizione e valutazione dei Programmi Preliminari degli Sviluppi Applicativi (PPSA);
- verificare lo stato di avanzamento dei progetti ICT di interesse regionale (PNRR, FSE 2.0, CCE, Telemedicina, ecc.);
- assicurare il coordinamento tra le iniziative sviluppate dagli Enti del SSR e le attività di Insiel, prevenendo duplicazioni e garantendo coerenza di sistema regionale;
- valutare periodicamente i dati e le evidenze raccolte tramite il cruscotto regionale di monitoraggio, alimentato anche da Insiel, formulando indirizzi operativi per il superamento di eventuali criticità;
- garantire una puntuale informazione a DCS in merito agli esiti degli incontri e all'andamento delle attività/progettualità strategiche in corso, anche evidenziando eventuali punti di attenzione, affinché DCS possa agire propriamente il suo ruolo di decisore politico-strategico.

Cruscotto regionale di monitoraggio dei sistemi informativi

Per rafforzare la governance del sistema informativo sanitario regionale e garantire trasparenza, omogeneità e tracciabilità dei progetti ICT, è istituito il Cruscotto regionale di monitoraggio dei sistemi informativi. Lo strumento, amministrato da ARCS, ha la finalità di raccogliere in un unico punto le informazioni relative allo stato di avanzamento dei progetti ICT del SSR, rendendole disponibili in forma strutturata alla DCS e agli Enti del sistema.

In tal modo, il Cruscotto diventa un presidio di governo condiviso, utile per supportare le decisioni strategiche, migliorare la programmazione e monitorare l'attuazione delle iniziative in corso. Il Cruscotto, amministrato da ARCS e sviluppato da Insiel, è la fonte unica per monitorare progetti e servizi ICT del SSR mediante specifici KPI, soglie e piani d'azione. ASUGI si impegna ad alimentarlo almeno mensilmente secondo standard approvati dalla DCS su proposta di ARCS, sentita la Cabina di regia dei Sistemi informativi sanitari regionali. Il Cruscotto sarà reso pienamente operativo entro il 30 giugno 2026 e costituirà uno strumento di raccordo diretto con il Piano Operativo e con il Programma Triennale: i dati raccolti dovranno consentire di monitorare l'attuazione delle attività pianificate, verificare lo stato di avanzamento rispetto agli obiettivi definiti e supportare gli eventuali aggiornamenti dei piani stessi, in una logica di trasparenza e miglioramento continuo.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.1 Modello di governance per la gestione ed innovazione dei sistemi informativi del SSR	6.1	Cruscotto regionali di monitoraggio dei sistemi informativi	Cruscotto operativo entro il 30 giugno 2026	alimentazione cruscotto secondo standard approvati da DCS su proposta di ARCS

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

Nel triennio 2025-2027 entrano nella fase di attuazione concreta i principali progetti del PNRR a valenza regionale insieme a numerose iniziative di rilievo nazionale. Questi interventi stanno determinando una profonda trasformazione dei sistemi informativi del SSR. Parallelamente, il contesto attuale è segnato da importanti cambiamenti sociali, culturali e organizzativi che influenzano direttamente l'evoluzione dei sistemi informativi sanitari. Contestualmente, l'attuale momento storico è caratterizzato da macro-fenomeni di natura sociale, culturale e organizzativa che incidono direttamente sull'evoluzione dei sistemi informativi sanitari:

- una sempre maggiore abitudine e dimestichezza, da parte dei cittadini e del personale del SSR, all'impiego di soluzioni digitali avanzate e "smart", con la conseguente aspettativa che tali innovazioni trovino effettiva applicazione anche nei processi di cura;
- l'utilizzo di algoritmi e strumenti di Intelligenza Artificiale, sia come strumenti rivolti al cittadino che come ausilio alla diagnosi e terapia nell'ambito sanitario;
- il tema emergente della cybersicurezza che, oltre a imporre precisi obblighi normativi per gli Enti del SSR e per la Regione FVG, richiede l'adozione di modelli integrati (olistici) di gestione della sicurezza informatica, comprendenti anche la gestione della sicurezza relativa alle tecnologie medicali connesse in rete;
- il progressivo invecchiamento della popolazione con conseguente incremento della domanda di presa in carico della cronicità e delle fragilità;
- la carenza di personale sanitario e sociosanitario, che rende indispensabile un uso più esteso ed efficiente delle soluzioni digitali a supporto dei processi clinici e organizzativi;

- lo sviluppo dei modelli di assistenza territoriale delineati dal DM 77/2022 e dal PNRR, che rafforzano la necessità di sistemi informativi interoperabili e orientati all'integrazione ospedale-territorio;
- la crescente attenzione alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema, che richiede strumenti informativi affidabili per il governo e il monitoraggio della spesa, nonché la presenza di professionalità e strumenti idonei al perseguimento dell'ottimizzazione dell'uso delle tecnologie, dei sistemi informativi e dei processi.
- la necessità di gestire a livello ospedaliero e territoriale una sempre maggiore interoperabilità tra sistemi medicali e sistemi informativi per la raccolta di dati sia per finalità clinica sia per il loro utilizzo in ambito di ricerca;
- la necessità di garantire una gestione complessiva del rischio (clinico e di sicurezza informatica) in un contesto integrato e complesso caratterizzato dall'utilizzo di tecnologie (informatiche, medicali e di altro tipo) connesse, in cui vengono trattati anche dati personali e sanitari;
- la carenza di personale tecnico specializzato che impone la razionalizzazione dei processi di gestione dei sistemi informativi;

Risulta indispensabile agire sull'organizzazione e sull'innovazione dei sistemi informativi, sia mediante l'adozione di nuovi modelli gestionali, sia mediante il rafforzamento quantitativo e qualitativo delle stesse.

È disposto, per l'anno 2026, l'avvio di un'attività di benchmark, da svolgersi sotto l'indirizzo strategico della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e con il coordinamento tecnico-operativo dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute. Pertanto:

- ARCS analizza i diversi modelli organizzativi adottati dagli Enti sanitari del SSR e li confronta con le best practice e definisce di concerto con gli Enti entro il 30 aprile 2026 un modello di riferimento;
- entro il 30 giugno 2026, la Direzione centrale salute valida il modello organizzativo di riferimento;
- entro il 30 settembre 2026 ASUGI presenta alla Direzione centrale un piano di adeguamento organizzativo, con chiari obiettivi di riallineamento ai macro-trend sopra richiamati e al modello individuato e funzionale alla programmazione regionale del SSR 2027;
- entro il 31 dicembre 2026 ASUGI realizza gli interventi di adeguamento organizzativo attuabili nell'ambito della propria autonomia economica e gestionale, dando puntuale informazione ad ARCS e alla Direzione centrale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.2 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi informativi degli enti del SSR	6.2	Rafforzare l'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, attraverso l'adozione di nuovi modelli gestionali e il potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse strutturali e professionali	Analizzare i diversi modelli organizzativi adottati dagli Enti sanitari del SSR e confrontarli con le best practice al fine di definire un modello di riferimento di concerto con gli Enti entro il 30.4.2026	partecipazione alle attività
6.2 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi informativi degli enti del SSR	6.2	Rafforzare l'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, attraverso l'adozione di nuovi modelli gestionali e il potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse strutturali e professionali	Presentazione da parte di ciascuna azienda alla Direzione centrale salute di un piano di adeguamento organizzativo, con chiari obiettivi di riallineamento ai macro-trend e al modello individuato e funzionale alla programmazione regionale del SSR 2027	entro 30.9.2026
6.2 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi informativi degli enti del SSR	6.2	Rafforzare l'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, attraverso l'adozione di nuovi modelli gestionali e il potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse strutturali e professionali	Realizzare gli interventi di adeguamento organizzativo attuabili nell'ambito della propria autonomia economica e gestionale, dando puntuale informazione ad ARCS e alla Direzione centrale	entro 31.12.2026

6.3 Conduzione di specifici progetti da parte degli Enti del SSR

Fermo restando il ruolo di indirizzo e governo centrale dei sistemi informativi del SSR esercitato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità col supporto e per il tramite dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute, ASUGI si rende disponibile a partecipare alla valorizzazione, in una logica di sistema, dei progetti di digitalizzazione e delle competenze specialistiche già maturate, su specifici progetti o ambiti tematici, su attribuzione della Direzione centrale salute.

6.4 Definizione del Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA)

L'esperienza maturata nell'attuazione del "Piano strategico triennale per lo sviluppo dell'ICT, dell'e-government e delle infrastrutture telematiche", di cui alla L.R. 9/2011 come modificata dall'art. 11 della L.R.16/2023, ha consentito di consolidare un modello di governo centrale delle scelte e di uniformità nell'indirizzo.

ASUGI nel 2026 adotterà il Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA), da redigersi secondo il formato e le specifiche tecniche. Il PPSA include ogni richiesta di sviluppo di nuove funzionalità applicative comprensiva di tutte le componenti tecnologiche e/o infrastrutturali necessarie per la fruizione applicativa in condizioni di efficacia, efficienza e sicurezza.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.4 Definizione del Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi	6.4	Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA),	Adottare il Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA), corredato da una relazione illustrativa, entrambi da redigere secondo le indicazioni che saranno fornite da ARCS	entro il 31.5.2026

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

La crescente digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e gestionali del Servizio sanitario regionale comporta l'utilizzo intensivo di sistemi informatici complessi, l'integrazione di dispositivi medicali e tecnologie connesse in rete e la gestione di una mole imponente di dati personali e sensibili, fra i più tutelati dall'ordinamento. Tale scenario espone la sanità regionale a rischi elevati in termini di sicurezza informatica, continuità operativa e conformità normativa (GDPR, Direttiva NIS2, misure dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale). Gli attacchi informatici rivolti al settore sanitario, in costante aumento a livello europeo e nazionale, dimostrano come vulnerabilità anche locali possano avere impatti sistemici su interi servizi essenziali, mettendo a rischio la tutela della salute dei cittadini.

In questa prospettiva, si rende necessario riconoscere e rafforzare anche in ASUGI una funzione dedicata alla sicurezza con competenze trasversali oltre l'IT (ingegneria clinica, provveditorati, uffici tecnici, personale, direzioni mediche e sanitarie), così da integrare aspetti organizzativi e tecnologici.

La Cabina di regia regionale elabora un Piano triennale di intervento per la cybersicurezza, articolato in milestone progressive che costituisce sezione specifica del Programma Triennale ICT e del Piano Operativo di Insiel S.p.A., assicurando coerenza tra la sicurezza e la pianificazione complessiva dei sistemi informativi regionali. ASUGI partecipa con il responsabile per la cybersicurezza presidiando a livello locale l'attuazione delle misure di sicurezza e assicurando tempestività di intervento.

6.6 Governance della Privacy

ASUGI si impegna ad adottare misure tecniche e organizzative adeguate, a garantire la conformità dei trattamenti effettuati e a dimostrarne la correttezza, secondo quanto previsto dal GDPR collaborando

attivamente con ARCS e Insiel affinché le soluzioni tecniche e organizzative siano coerenti con gli standard regionali, garantendo la partecipazione dei DPO al sistema di coordinamento regionale, assicurando che le procedure operative aziendali siano allineate alle indicazioni comuni, mantenendo al tempo stesso la responsabilità diretta verso gli interessati e le autorità di controllo. In caso di attivazione su specifiche progettualità, su decisione della DCS, o su proposta della Cabina di regia dei Sistemi informativi sanitari regionali, di appositi gruppi di lavoro dedicati all'approfondimento di temi particolarmente rilevanti o trasversali ASUGI garantisce la partecipazione.

6.7 Progetti PNRR di innovazione dei sistemi informativi

Per il 2026, le priorità di sviluppo dei sistemi informativi sono orientate al conseguimento e al progressivo consolidamento delle milestone e dei target fissati nell'ambito della Missione 1 "Digitalizzazione" e della Missione 6 "Salute" del PNRR. All'interno del percorso di digitalizzazione, i sistemi informativi svolgono un ruolo centrale nel sostenere le strutture sanitarie, socio-sanitarie e amministrative. La loro azione si concentra sull'introduzione di soluzioni tecnologiche e sulla gestione dei processi di cambiamento, in collaborazione con le diverse aree aziendali, per garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR e dai programmi regionali.

6.7.1 Missione 6 C1 I1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici

A livello regionale si sta potenziando l'infrastruttura di telemedicina ed i relativi strumenti a supporto aderendo alle gare nazionali coordinate dalle Regioni Lombardia e Puglia (DM 30/09/2022) e saranno avviati i servizi di telemonitoraggio di I e II livello e l'integrazione con la piattaforma nazionale, a supporto degli obiettivi PNRR.

Attualmente è attivo il servizio di Televisita e sono in corso gli adeguamenti per rendere omogenee e accessibili le altre funzioni, come teleconsulto e telemonitoraggio, attraverso l'armonizzazione dei flussi, la revisione dei contratti e la predisposizione delle misure di protezione dei dati.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.7 Progetti PNRR di innovazione dei sistemi informativi	6.7.1	Missione 6 C1 I1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti dal Decreto del 19/02/2025: <ul style="list-style-type: none"> • 2.029 pazienti cronici da trattare in Telemedicina al T3 2025; • 4.830 pazienti cronici da trattare in Telemedicina al T3 2026; 	4.830 pazienti cronici a livello regionale (T3 2026)

6.7.2 Missione 6 Componente 2 I1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)

Nell'ambito della Missione 6 – Componente 2 – I1.1.1 "Digitalizzazione ospedali DEA di I e II livello" e del progetto "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata", è prevista l'introduzione del nuovo sistema unico di Cartella Clinica Elettronica Regionale (CCER) destinato a supportare le attività assistenziali nei reparti di cura e nelle aree ambulatoriali, l'implementazione della piattaforma integrata di Telepatologia e Digital Pathology, la sostituzione del sistema informativo integrato trasfusionale (il nuovo sistema è progettato per gestire e tracciare in modo sicuro e completo l'intera filiera degli emocomponenti, dalla donazione fino alla trasfusione, garantendo tracciabilità, sicurezza e conformità alle normative vigenti), gli sviluppi sulla piattaforma regionale di interoperabilità: l'intervento mira a evolvere l'attuale piattaforma di

integrazione regionale verso una soluzione moderna, in grado di supportare l'innovazione tecnologica prevista dal PNRR. In tale contesto, le risorse del PNRR relative all'investimento M6C2I1.1.1 sono state destinate esclusivamente agli interventi presso i presidi ospedalieri hub sede di DEA, mentre per tutte le altre strutture gli interventi sono stati finanziati mediante risorse regionali.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.7 Progetti PNRR di innovazione dei sistemi informativi	6.7.2	Missione 6 Componente 2 I1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO	Collaudo del modulo ambulatoriale, comprensivo dell'integrazione con le tecnologie medicali	entro 31.3.2026

6.7.3 Missione 6 C 2 | 1.3.1 – Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023, anche con le successive modifiche ed integrazioni, disciplina le modalità di realizzazione, alimentazione e gestione del **Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0**, nell'ambito del processo di digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Il PNRR supporta il potenziamento del FSE 2.0 con investimenti significativi relativamente al potenziamento dell'Infrastruttura Digitale e all'incremento delle Competenze Digitali. ASUGI coinvolgerà Medici del Ruolo Unico e Pediatri di Libera Scelta nell'alimentazione del FSE2.0 per la quota parte del patient summary a partire dalle categorie di pazienti più fragili.

Linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.7 Progetti PNRR di innovazione dei sistemi informativi	6.7.3	Missione 6 C2 I1.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: 1) Alimentazione FSE 2.0 da parte degli Enti del SSR per la quota parte degli strumenti di proprietà. 2) Alimentazione FSE 2.0 per la quota parte del patient summary, corredato di firma digitale, da parte dei MMG/PLS	Gli Enti del SSR completano il percorso di adeguamento dei propri sistemi informativi per l'alimentazione del FSE secondo gli standard stabiliti (FSE 2.0) e identificano i casi residui per i quali è necessaria una soluzione diversa.	Entro 31.3.2026

6.7.4 PNRR Missione 1 C2 I3 – Piano Sanità Connessa

Il conseguimento dell'obiettivo PNRR Missione 1, componente 2, investimento 3.1.4 "Piano Sanità connessa" iniziato nel 2021 consentirà di erogare un servizio di connettività fino a 10 Gbps negli ospedali e nei distretti di rilevanza regionale e fino a 1 Gbps nelle altre articolazioni territoriali della sanità pubblica. ASUGI si impegnerà per quanto di competenza all'attuazione di quanto previsto.

6.7.5 PNRR Missione 6 C1 I1.1 - Case della Comunità (CdC)

Il DM 77 definisce la Casa di Comunità (CdC) come "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria". L'investimento ha l'obiettivo di offrire assistenza sanitaria di prossimità ai residenti, assicurando il servizio principalmente alla popolazione più anziana, riducendo così il numero delle ospedalizzazioni anche non urgenti. In questo modo le cure sanitarie sul territorio saranno coordinate in modo efficiente e rapido per rispondere ai bisogni dei cittadini. La missione di questa struttura sanitaria, pertanto, è prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali.

6.8 Altri progetti di innovazione dei sistemi informativi

Accanto agli interventi avviati nell'ambito del PNRR, la Regione ha definito un insieme di progetti specifici per l'innovazione dei sistemi informativi, sostenuti con risorse proprie. Queste iniziative rispondono a bisogni

emergenti e a priorità strategiche che richiedono una programmazione mirata al contesto regionale, con l'obiettivo di garantire continuità e coerenza nell'evoluzione digitale del sistema sanitario.

6.8.1 Centrali Operative Territoriali (COT)

Le Centrali Operative Territoriali (COT), finanziate inizialmente dal PNRR e descritte nel DM 77, rappresentano un nuovo modello organizzativo innovativo. Esse sono incaricate di coordinare la presa in carico della persona in modo integrato e coordinato, facilitando il raccordo tra i vari servizi e i professionisti coinvolti nei diversi contesti assistenziali: attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie, ospedaliere e la rete dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo del progetto è creare un percorso in grado di coordinare e monitorare la presa in carico del paziente sul territorio regionale attraverso un sistema integrato con i principali strumenti regionali, come la Cartella Distretto 4.0 e il Fascicolo Sanitario Elettronico. Questo approccio mira a migliorare la continuità assistenziale, l'efficienza operativa e la qualità dei servizi offerti ai cittadini, con particolare attenzione all'ottimizzazione delle risorse disponibili. L'investimento relativo al progetto COT è stato completato con il pieno raggiungimento dei target stabiliti dal PNRR, garantendo il rispetto delle milestone e degli obiettivi programmati a livello nazionale. Le attività ora si focalizzano sull'evoluzione e sul consolidamento dei risultati conseguiti, con l'obiettivo di ottimizzare e potenziare i servizi già attivati.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.8 Altri progetti di innovazione dei sistemi informativi	6.8.1	Centrali Operative Territoriali (COT)	Contribuire per la parte di rispettiva competenza all'evoluzione dell'applicativo COT e a migliorare le procedure già in essere	Contribuire all'evoluzione dell'applicativo COT e a migliorare le procedure già in essere

6.8.2 Liste di Attesa

Il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie), conv. in legge con mod. dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, prevede al suo articolo 1 l'attivazione, presso AGENAS della *Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNLA)*, con lo scopo di creare un sistema informativo centralizzato e interoperabile con le piattaforme regionali che consenta di visualizzare agende e liste di attesa. L'integrazione del sistema CUP regionale con la Piattaforma nazionale permetterà il monitoraggio a livello nazionale dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche e private accreditate, sia in regime istituzionale sia libero professionale, e una verifica costante della corretta applicazione dei percorsi di tutela.

6.8.3 Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA)

Il DPCM 1° giugno 2022, nel suo testo vigente, in attuazione dell'art. 62-ter del d.lgs. n. 82/2005 detta disposizioni relative all'istituzione della base dati unificata (Anagrafe Nazionale Assistiti - ANA) per tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale, con la creazione di una rete di interazioni con le ASL e le regioni finalizzata alla semplificazione degli adempimenti del cittadino e alla determinazione univoca dell'assistenza al livello nazionale.

In particolare, il DPCM disciplina i contenuti dell'ANA, che viene istituita nell'ambito del sistema TS, il piano di graduale subentro dell'ANA alle anagrafi e agli elenchi degli assistiti tenuti dalle singole aziende sanitarie locali, le misure di sicurezza da adottare, i criteri di interoperabilità tra le banche dati e le modalità di cooperazione con ANA. Regione Friuli-Venezia Giulia dispone della propria Anagrafe Regionale degli Assistiti (ARA); quest'ultima entrerà in cooperazione con ANA.

6.8.4 Cartella oncologica (Log80)

Il progetto nasce nell'ambito del rinnovamento del modulo UFA (funzione prescrittiva del farmaco antitumorale e del relativo sistema di produzione) ed è stato successivamente esteso all'intera cartella clinica oncologica presso gli enti pilota. Nel corso del 2026 si prevede il completamento anche in ASUGI dell'implementazione del modulo di meeting multidisciplinare anche nelle altre strutture oncologiche interessate, l'implementazione dei moduli UFA e di cartella oncologica l'implementazione della cartella ematologica di Log80 presso la SC di Ematologia, replicando i processi di personalizzazione e di integrazione già adottati per l'ambito oncologico.

6.8.5 Cartella Diabetologica

La cartella di diabetologia prodotta dalla società Meteda (Metaclinic e versioni precedenti) è utilizzata in pressoché tutte le Strutture regionali di Diabetologia, ma in versioni diverse e con profili di integrazione disomogenei tra i vari Enti del SSR. ASUGI si rende disponibile qualora richiesto ad intraprendere un percorso che porti ad un'uniformità dello strumento in uso, nonché il medesimo livello di integrazione, in primis con il sistema dell'anagrafica regionale.

6.8.6 Cartella Commissioni Patenti

Gli obiettivi principali del progetto sono quelli di automatizzare le attività manuali per snellire il flusso di lavoro e accelerare la conclusione delle pratiche, centralizzare le informazioni e automatizzare la gestione delle agende per ottimizzare la pianificazione delle visite. Nel corso del 2026 si prevede di realizzare uno studio di fattibilità per l'individuazione di uno strumento.

6.8.7 Numero Unico Europeo 116117 (NEA)

La Centrale Unica di Risposta NEA116117 FVG, da realizzarsi presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI), opererà in conformità alla normativa vigente e in stretta integrazione con la SORES (118) e con la centrale NUE 112.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.8 Altri progetti di innovazione dei sistemi informativi	6.8.7	Numero Unico Europeo 116117 (NEA)	Attivazione del numero unico in tutta la Regione FVG entro il 31 marzo 2026	entro 31.3.2026

6.8.8 Cartella Distretto 4.0

Al fine di soddisfare le esigenze progettuali è stato implementato dall'Azienda Zucchetti HC l'applicativo "Cartella Distretto 4.0".

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
6.8 Altri progetti di innovazione dei sistemi informativi	6.8.8	Cartella Distretto 4.0	Contribuire per la parte di rispettiva competenza alle attività necessarie al miglioramento della cartella territoriale	Contribuire alle attività necessarie al miglioramento della cartella territoriale

7. FLUSSI INFORMATIVI

La corretta alimentazione dei flussi informativi è un elemento essenziale ed imprescindibile per il monitoraggio e la valutazione del sistema del SSR. È impegno e responsabilità di ASUGI 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.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
7. Flussi informativi	7.a	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera), EMUR (Emergenza urgenza), SISD (Dipendenze) e SISM (salute mentale).	Sono utilizzati i sistemi di classificazione ICD 10 IM e CIPI per i 4 flussi elencati	100%
7. Flussi informativi	7.b	Completamento dell'inserimento delle schede di morte 2023, 2024 e 2025 nell'apposito applicativo	% di schede i morte relative ai decessi 2023 e 2024 correttamente inserite nell'apposito gestionale entro il 31.03.2026	100% entro 31.3.2026
7. Flussi informativi	7.c	Completamento dell'inserimento delle schede di morte 2023, 2024 e 2025 nell'apposito applicativo	% di schede i morte relative ai decessi 2025 correttamente inserite nell'apposito gestionale entro il 31.05.2026	100% entro 31.5.2026
7. Flussi informativi	7.d	Corretto e tempestivo inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	98%
7. Flussi informativi	7.e	Tempestività e completezza dell'alimentazione del flusso hospice	% di completezza del flusso hospice in tempo utile ad effettuare i controlli propedeutici alla tempestiva alimentazione del flusso ministeriale (1° trimestre: entro il 20 aprile; 2° trimestre: 20 luglio; 3° trimestre: 20 ottobre; 4° trimestre: 20 gennaio (anno successivo))	98%
7. Flussi informativi	7.f	Tempestività e completezza dell'inserimento in NSIS da parte delle Aziende dei Flussi informativi disciplinati dal D.P.C.M. 17.5.1984 e s.m.i. (FLS-11; FLS-12; FLS-18; FLS-21; HSP-12; HSP-13; HSP-14; HSP-22bis; HSP-23; HSP-24; STS-14; STS-21; STS-24)	% di modelli ministeriali inseriti in maniera completa e nel rispetto delle tempistiche previste dal ministero	100%

8. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario

Il settore sanitario è attualmente investito da una delle più gravi crisi che si siano dovute affrontare su tutto il territorio nazionale, ciò a causa dell'acutizzarsi della carenza di personale, in particolare, di infermieri, medici specialisti e professionisti sanitari che sta comportando una reale minaccia per il mantenimento dell'efficienza e della continuità dell'assistenza pubblica nonché per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

8.1.1 Sensibilizzare sulla carenza di personale infermieristico/sanitario

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.1.a	Piano strategico regionale partecipato di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico	Istituzione di un Tavolo tecnico regionale con la partecipazione di ciascun Ente del S.S.R, di ARCS e DCS, con eventuale partecipazione di ulteriori stakeholder rilevanti	Garantire la partecipazione al tavolo tecnico regione
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.1.b	Piano strategico regionale partecipato di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico	Elaborazione di un Piano regionale strategico partecipato ai fini dell'adozione da parte degli Enti SSR dei Piani attuativi aziendali di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico e per favorire il benessere lavorativo del personale del SSR	Contribuire alla elaborazione del piano regionale attraverso la partecipazione attiva agli incontri del Tavolo tecnico regionale

8.1.2 Retention del personale SSR pubblico

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.2.a	Promuovere il benessere del personale sanitario in servizio	Attivazione di strumenti di sostegno abitativo per gli infermieri fuori sede	SI/NO

8.1.3 Rafforzare la visibilità e l'attrattività dei corsi di laurea in infermieristica e della formazione sanitaria specialistica

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.a	Promuovere la visibilità e l'attrattività del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4 [^] e 5 [^] superiori licei, istituti tecnici ecc.... in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Già iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Già occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	OPEN DAY presso le sedi dei CDL (coinvolgimento TD, RAFF, Coordinatore del CDL) per far conoscere l'offerta formativa, le attività formative e le iniziative realizzate nelle sedi dei CDL	Partecipazione/collaborazione attiva alla realizzazione degli OPEN-DAY realizzati entro marzo/aprile 2026

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.b	Promuovere la visibilità e l'attrattività del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4 [^] e 5 [^] superiori licei, istituti tecnici ecc.... in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Già iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Già occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	Pubblicazione sui siti aziendali delle attività ed iniziative del CDL (SI/NO)	SI/NO Informativa consultabile sul sito aziendale entro marzo/aprile 2026
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.c	Promuovere la visibilità e l'attrattività del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4 [^] e 5 [^] superiori licei, istituti tecnici ecc.... in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Già iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Già occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	Giornate informative volte alla valorizzazione della figura dell'infermiere, in sinergia con l'Ordine Professioni infermieristiche territorialmente competente (iniziative pubbliche a carattere sanitario e sociale, come le giornate per la prevenzione, l'educazione alla salute o promozione del primo soccorso)	> 2
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.d.2	Valorizzare le specializzazioni sanitarie (mediche e non mediche), in particolare quelle a minore attrattività (per es medicina di emergenza-urgenza, anestesia e rianimazione, medicina interna...)	Per gli specializzandi (medici e non medici) ma anche per i neo assunti delle professioni sanitarie, assicurare un adeguato livello qualitativo e quantitativo dell'attività di tutoraggio in fase di inserimento nella struttura di assegnazione	n. iniziative formative realizzate > 1

8.1.4 Sviluppo delle professioni sanitarie: la promozione del loro ruolo

Il Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia, in coerenza con il quadro nazionale, si trova a fronteggiare una fase critica in relazione alla gestione e allo sviluppo delle professioni sanitarie, in particolare di area infermieristica. Le difficoltà strutturali nel reperimento e nella fidelizzazione del personale, la crescente disaffezione verso il lavoro nel servizio pubblico, la rigidità dei modelli organizzativi e la mancata valorizzazione delle competenze avanzate determinano un impatto significativo sulla sostenibilità e sulla qualità dei servizi erogati. Si rende necessario attribuire valore alle professioni sanitarie quali componenti strategiche, promuovendone il ruolo nei processi di innovazione organizzativa, presa in carico integrata, qualificazione dell'offerta assistenziale e risposta ai bisogni emergenti della popolazione.

La programmazione è chiamata a rispondere a una molteplicità di sfide: contrastare la crisi di reperimento e la perdita di attrattività; attivare politiche di retention e attraction; rafforzare il ruolo dei professionisti sanitari nella comunità; promuovere modelli di age management e diversity management; valorizzare le competenze attraverso logiche di task sharing e task shifting; gestire in modo evolutivo le idoneità con limitazione alle funzioni; sostenere l'evoluzione dell'autonomia professionale e dei percorsi di carriera.

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.5.a	Gestione delle inidoneità e delle idoneità con limitazioni alla mansione specifica - al fine di un utilizzo appropriato delle competenze	Definizione del progetto con sviluppo quinquennale (ARCS) e analisi dei dati regionali	- Collaborare alla raccolta e analisi dei dati - Partecipare alle attività dei GGdLL regionali e implementare gli strumenti individuati.

9. FORMAZIONE CONTINUA ED ECM

9.1 Programmazione della formazione

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

ASUGI definiscono in un'apposita sezione del rispettivo PAL/PAO 2026 gli obiettivi strategici e le aree strategiche di intervento da sviluppare nel corso dell'anno, sulla scorta degli indirizzi delineati dagli organi nazionali e regionali competenti e delle presenti Linee di gestione.

In attuazione delle suddette linee strategiche, le Aziende/Enti del SSR adottano il Piano della Formazione Aziendale (PFA) in cui vengono declinati i singoli percorsi formativi secondo il format condiviso, che costituirà allegato del PIAO 2026-2028.

Il Piano della Formazione Regionale (PFR), strumento di programmazione del sistema regionale di formazione continua ed ECM, è adottato dal competente Servizio dell'Unità operativa specialistica (UOS) di bilancio e coordinamento strategico entro 60 giorni dall'approvazione definitiva delle Linee di gestione annuali del SSR.

I percorsi formativi di valenza regionale discendenti dal PFR saranno realizzati da ARCS o da altro provider SSR e costituiranno pertanto sezione dei relativi Piani Formativi Aziendali (PFA). I percorsi formativi dovranno essere rendicontati sia annualmente sia con cadenza trimestrale dalle Aziende/Enti del SSR ad ARCS, che provvederà al relativo monitoraggio e controllo nonché al successivo inoltro al Servizio personale SSR e formazione.

I relativi costi sono coperti da specifico finanziamento previsto dalle finalizzazioni regionali extra-fondo 2026 Piano della Formazione, comunicazione e studi. Il PFR ed i PFA potranno essere eventualmente oggetto di integrazione nel corso dell'anno, entro il primo semestre.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
9.1 Programmazione della formazione	9.1.1.a	Pianificazione delle attività formative aziendali annuali anno 2026	Definizione nel PAL/PAO degli obiettivi aziendali strategici della formazione Adozione del PFA (dettaglio corsi) quale sezione del PIAO 2026-2028 (SI'/NO)	SI/NO

9.1.2 La Relazione annuale regionale

La Relazione annuale regionale è il documento illustrativo, di sintesi e di rendicontazione delle attività formative realizzate e degli obiettivi raggiunti nel campo della formazione continua e dell'educazione continua in medicina promosse dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Il Provider provvederà alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2025 entro il 30/04/2026.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
9.1 Programmazione della formazione	9.1.2.a	Rendicontazione della formazione anno 2025	Elaborazione della relazione annuale dei provider regionali della formazione secondo il format condiviso (SI'/NO)	entro 30.4.2026

9.2 Iniziative formative prioritarie

9.2.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

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

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
9.2 Iniziative formative prioritarie	9.2.1.a	Missione 6 Componente 2 Sub Investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere	Raggiungimento del target previsto dal progetto PNRR di n.7537 dipendenti del SSR formati, a cui si aggiungono +104 da redistribuire	n. 2396 dipendenti

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

E' in fase di realizzazione il terzo e ultimo percorso per il raggiungimento del target, previsto entro giugno 2026. Il Decreto del Ministro della salute del 29 marzo 2023 -Tabella A – ha individuato un totale di 95 partecipanti per la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Con Decreto n° 35446/GRFVG del 28/07/2023 la Direzione Centrale salute ha provveduto ad individuare l'Azienda regionale di coordinamento per la salute - Struttura Complessa Centro Regionale Formazione - quale soggetto erogatore dei percorsi di formazione manageriale.

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

Le iniziative formative inserite nel Piano strategico operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, si svilupperanno tenendo conto delle indicazioni nazionali, nella logica della partecipazione e concertazione nazionale, regionale, locale e del ruolo centrale della rete regionale dei formatori, nell'ottica di favorire univocità di metodi, risposte, azioni e contestualizzazione rispetto alle specificità territoriali regionali. Gli aspetti formativi del Piano strategico operativo regionale troveranno ulteriore formalizzazione nel Piano della Formazione Regionale 2026 e saranno declinati in funzione degli obiettivi formativi collegati alle diverse fasi – interpandemica, di allerta, pandemica – e ai diversi livelli di responsabilità nella loro attivazione (regionale, aziendale).

In analogia con le annualità precedenti, i corsi, programmati nell'annualità 2026 e inseriti nel Piano della Formazione regionale, rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider del SSR.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
9.2 Iniziative formative prioritarie	9.2.2.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 (SI'/NO)	report entro 31.3.2026

10. INVESTIMENTI

10.1 Progettualità PNRR

Nel corso del 2026 prosegue la realizzazione degli interventi PNRR compresi nel Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per il Friuli Venezia Giulia sottoscritto dal Presidente della Regione in data 27 maggio 2022 e dal Ministro della Salute in data 30 maggio 2022.

In relazione agli investimenti strutturali finanziati dal PNRR inseriti nel POR, ASUGI riveste il ruolo di soggetto attuatore esterno ai sensi dell'articolo 5, comma 6 dello schema di CIS che, attraverso la sottoscrizione delle schede intervento, hanno assunto congiuntamente e solidalmente con la Regione tutte le obbligazioni contenute nel CIS per la parte relativa all'intervento delegato per quanto attiene ai cronoprogrammi di attuazione e al rispetto delle condizionalità, delle milestone e target previsti.

10.1.1 Interventi edili impiantistici e per acquisti tecnologici PNRR

A seguito dell'incremento dei quadri economici, dovuto in parte ad un maggior dettaglio ottenuto con l'avanzare delle fasi progettuali e in parte all'aumento dei prezzi dei materiali di costruzione e delle materie prime, si sono rese necessarie alcune modifiche del POR, attuate ai sensi dell'articolo 13 comma 1 del CIS e secondo la procedura comunicata dal Ministero della Salute - Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR. Sono state approvate in via definitiva, dopo il nulla osta del Nucleo Tecnico - organo deputato a valutare le variazioni che intercorrono ai Piani Operativi Regionali del PNRR - n. 8 proposte di rimodulazione. ASUGI è tenuta al rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

10.1.2 Monitoraggio delle misure PNRR

Il sistema ReGiS rappresenta la modalità attraverso cui le Amministrazioni interessate a livello centrale e territoriale sono tenute ad adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

Il RUP assicura entro il termine massimo di 10 giorni successivi all'ultimo giorno di ciascun mese il caricamento e l'aggiornamento sui ReGiS dei dati relativi al cronoprogramma procedurale delle misure, dei dati anagrafici, finanziari, procedurali e fisici relativi a ciascun progetto finanziato e delle informazioni necessarie per la rendicontazione di milestone e target. Entro il giorno 10 di ogni mese il Referente unico di parte, quale rappresentante incaricato di vigilare sull'attuazione di tutti gli impegni assunti nel CIS, effettua la pre-validazione dei dati caricati dai singoli RUP sul sistema informativo ReGiS, ai fini della validazione dei progetti all'interno del sistema ReGiS da parte del Ministero della Salute (Amministrazione titolare), da effettuarsi nel termine massimo di 20 giorni successivi all'ultimo giorno di ciascun mese. Entro il termine massimo del giorno 15 di ogni mese il Referente è tenuto all'invio della Relazione mensile di Monitoraggio, riscontrando i dati inseriti dal RUP (in particolare in relazione alla loro coerenza e completezza) sullo stato di attuazione di ciascun intervento afferente a tutte le linee di attività, inizializzate/in corso di inizializzazione all'interno del Sistema ReGiS. La rilevazione continua, costante e tempestiva dei dati dei progetti finanziati, delle informazioni inerenti le procedure di affidamento, dell'avanzamento procedurale, fisico e finanziario di ciascun progetto, nonché della raccolta e catalogazione della documentazione probatoria da parte di ciascun RUP è pertanto condizione imprescindibile al raggiungimento degli obiettivi dell'intero programma.

10.6 Altre disposizioni

Programmazione 2027

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, adotta il PPI 2027 entro il 30 settembre 2026 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
10.6 Altri disposizioni	10.6.2	Predisposizione del programma preliminare degli investimenti 2027 (PPI 2027)	Adozione e trasmissione al NVISS del PPI 2027 completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti	entro il 30.9.2026

Efficientamento della gestione operativa delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.a	Monitoraggio delle procedure di acquisizione di beni con la formula del noleggio e del service	Comunicazione ad ARCS della catena dei CIG Padre&Derivato attivati nel periodo	Con cadenza trimestrale
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.b	Monitoraggio delle procedure di acquisizione di beni con la formula del noleggio e del service	% riferimenti CIG Padre&Derivato inseriti negli ordini agli Operatori economici per l'attivazione dei contratti di noleggio e service	100%
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.c	Monitoraggio delle procedure di acquisizione di beni con la formula del noleggio e del service	% di CIG derivati inseriti nella piattaforma unica regionale AITB per la gestione tecnico/operativa delle tecnologie biomedicali sul totale dei nuovi collaudi	100%
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.e	Valutazione del dimensionamento della dotazione tecnologica biomedicale del SSR	Trasmissione ad ARCS di una nota di conferma dell'avvenuto aggiornamento del sistema informativo unico regionale per il governo tecnico- manutentivo del parco macchine biomedicale con i collaudi delle nuove tecnologie e con le dismissioni delle tecnologie obsolete	Entro 10 febbraio 2026

Piattaforma unica regionale per il governo tecnico/manutentivo del parco tecnologico biomedicale del SSR

Sarà obiettivo 2026 di ASUGI procedere al consolidamento ed efficientamento della piattaforma unica regionale AITB per il governo tecnico/manutentivo del parco tecnologico biomedicale del SSR. In particolare dovrà essere realizzata la completa integrazione del sistema gestionale GAEM di ASUGI con la piattaforma unica regionale.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
10.6 Altri disposizioni	10.6.5.a	ASUGI, con il coordinamento e la partecipazione di ARCS, provvede a far sviluppare l'integrazione del proprio gestionale con la piattaforma unica regionale AITB.	Trasmissione ad ARCS di una nota di conferma dell'avvenuta integrazione del proprio gestionale operativo con la piattaforma regionale AITB.	Trasmissione ad ARCS di una nota entro il 31.03.2026

11. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ

11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.a	Sicurezza del farmaco Prevenire effetti collaterali/eventi avversi di farmaci negli ospiti delle strutture residenziali per non autosufficienti	Adesione alle buone pratiche relative all'utilizzo delle benzodiazepine nelle strutture residenziali per non autosufficienti: n° strutture in cui è implementato il programma	>=2 in ogni Distretto Sociosanitario entro il 31.12.2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.b	Sicurezza del farmaco Prevenire effetti collaterali/eventi avversi di farmaci negli ospiti delle strutture residenziali per non autosufficienti	Prevenire effetti collaterali/eventi avversi di farmaci negli ospiti delle strutture residenziali per non autosufficienti	La funzionalità renale ed epatica di ogni ospite viene monitorata almeno una volta all'anno. Elettrocardiogramma, glicemia, profilo lipidico sono garantiti a tutti gli ospiti che assumono farmaci antipsicotici di seconda generazione. Ad ogni ospite con disturbi della deglutizione sono prescritti farmaci e alimenti adatti alla capacità di assunzione. (Trasmissione ad ARCS e alla DCS entro il 31 dicembre 2026 della Relazione aziendale sull'adempimento delle attività)
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.c	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	individuazione formale dei soggetti per i ruoli dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali di Programma (RAP) per i PP.OO. e il territorio	entro 31.12.2026 trasmissione formale ad ARCS e DCS di documento comprovante l'avvenuta individuazione formale dei soggetti
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.d	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Avvio di specifiche azioni per il rafforzamento della rete dei link professional, secondo le necessità emerse dalle rilevazioni effettuate, in particolare per le seguenti linee di lavoro: a. prevenzione e controllo delle infezioni; b. sicurezza delle cure	Invio alla DCS entro 31.12.2026 di una relazione attestante le attività di implementazione della rete dei link professional per i PP.OO. e il territorio per le seguenti linee di lavoro: a. prevenzione e controllo delle infezioni b. sicurezza delle cure
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.e	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES) - Identificazione e comunicazione degli eventi sentinella secondo le indicazioni ministeriali	Inserimento degli eventi sentinella secondo le indicazioni ministeriali. I tempi sono indicati dai documenti ministeriali di riferimento.	100% inserimento
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.f	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017 - Rendere disponibile i dati previsti per garantire la trasparenza sul sito web aziendale (ex art. 4 "Trasparenza dei dati" L. n. 24/2017)	Pubblicazione dei dati sul sito web aziendale (ex art. 4 "Trasparenza dei dati" L. n. 24/2017).	dati pubblicati entro 31.12.2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.g	Prevenzione e controllo delle infezioni	Analisi regionale e aziendale (in relazione ai punti successivi sulle attività di sorveglianza) e l'identificazione degli aspetti critici su cui adottare azioni di miglioramento anche in accordo con gli obiettivi del PNCAR	Invio alla DCS di una relazione secondo il format Rete Cure Sicure entro 31.12.2026

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.h	Prevenzione e controllo delle infezioni	Effettuazione della sorveglianza nelle strutture per lungodegenti secondo protocollo HALT dell'ECDC	Esecuzione della rilevazione in tutte le RSA e in almeno 2 strutture residenziali per non autosufficienti per distretto sanitario entro 31.7.2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.i	Prevenzione e controllo delle infezioni	Sorveglianza SPI-UTI	Effettuazione della sorveglianza in almeno 1 reparto di terapia intensiva nel periodo gennaio-marzo 2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.j	Prevenzione e controllo delle infezioni	Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico	Inserimento dei dati 2025 entro il 31 marzo 2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.j	Prevenzione e controllo delle infezioni	Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico	Attivazione della sorveglianza 2026 per il periodo settembre-novembre 2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.k	Prevenzione e controllo delle infezioni	Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Conseguimento di un punteggio minimo di 7 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento di almeno 2 punti rispetto all'anno precedente
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.l	Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	Sostegno alla continuità ospedale territorio attraverso le attività di tracer	Invio secondo tempistiche concordate durante l'anno e comunicate alle Aziende, di una relazione attestante l'effettuazione delle azioni di miglioramento identificate sulla base delle attività di tracer svolte nel 2025
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.m	Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	Miglioramento del sistema di incident reporting e analisi del rischio in ambito territoriale	Analisi dei dati 2025, identificazione delle criticità e implementazione di azioni di miglioramento. Invio di una relazione entro il 31 dicembre 2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.n	Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità	Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.o	Violenza su operatore	Invio dei dati richiesti dall'Osservatorio delle Buone Pratiche	Invio dei dati richiesti per l'anno 2025 dall'Osservatorio delle Buone Pratiche sulla sicurezza - entro 10.1.2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.p	Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Compilazione della survey sull'applicativo AGENAS	Compilazione dei questionari secondo le richieste di AGENAS e implementazione delle raccomandazioni non conformi.

11.2 Accreditemento

11.2.1 Accreditemento

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

La Direzione centrale salute precederà alla revisione della configurazione organizzativa dell'OTA, con l'obiettivo di assegnare al medesimo Organismo una strutturazione che consenta di definire il ruolo consultivo e programmatico dei referenti della qualità e dell'accréditemento degli enti del SSR, nonché di valorizzare il ruolo degli esperti nelle medesime discipline non titolari di specifico incarico nell'ambito dei medesimi enti.

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.

La partecipazione si realizzerà attraverso:

- la messa a disposizione dei propri professionisti a collaborare alle verifiche e 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;
- la messa a disposizione dei propri dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori per partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas;
- la messa a disposizione dei propri dipendenti, componenti dell'OTA regionale, per svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.2 AccREDITamento	11.2.1.a	Partecipazione attiva al programma di accREDITamento 1. 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
11.2 AccREDITamento	11.2.1.a	Partecipazione attiva al programma di accREDITamento 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
11.2 AccREDITamento	11.2.1.a	Partecipazione attiva al programma di accREDITamento 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)
11.2 AccREDITamento	11.2.1.b	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
11.2 Accreditamento	11.2.1.b	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
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero incontri programmati (min 40 incontri/anno, di norma 1/settimana lavorativa)	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli incontri programmati / totale incontri	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati all'organismo (discente) / totale giornate erogate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali (docente) / totale giornate erogate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione

11.2.2 Promozione dell'accREDITamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189

L'Unione Europea ha rafforzato il quadro normativo per garantire qualità, sicurezza e competenza nei laboratori medici; questo processo si è concretizzato con l'adozione della norma UNI EN ISO 15189:2022, recepita in Italia come UNI EN ISO 15189:2024. La norma è il riferimento internazionale per l'accREDITamento dei laboratori medici, stabilendo requisiti stringenti in termini di: gestione della qualità, competenza tecnica, adeguatezza delle strutture e delle attrezzature, validazione e verifica dei metodi analitici, gestione del rischio e miglioramento continuo. È altresì applicabile anche ai test POCT (Point-of-Care Testing) e ai dispositivi in vitro diagnostici realizzati internamente alle strutture sanitarie (cosiddetti in-house), che devono rispettare gli stessi standard di qualità e sicurezza. Promuovere l'accREDITamento dei laboratori del SSR significa rafforzare il sistema sanitario regionale e garantire l'eccellenza dei servizi diagnostici.

Al fine di promuovere l'accreditamento della UNI EN ISO 15189:2024 si procede alla costituzione di un Gruppo di Lavoro dedicato alla costruzione di un programma e degli strumenti operativi/metodologie necessarie all'avvio del processo graduale di accreditamento (sia in termini di formazione, sia di approccio comune per l'identificazione dei processi/metodiche, sia delle metodologie per la valutazione e costruzione dei modelli per le azioni di adeguamento).

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.2.2 Promozione dell'accREDITamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.a	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Istituzione e coordinamento del Gruppo di lavoro interaziendale con la partecipazione di almeno un referente per ciascun Ente del S.S.R. e dei componenti dell'O.T.A.	Istituzione del Gruppo di lavoro entro il 31.01.2026
11.2.2 Promozione dell'accREDITamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.b	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale con un referente per Ente per l'elaborazione e la stesura del documento tecnico (mappa e check list)	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori
11.2.2 Promozione dell'accREDITamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.c	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Dalla check list ogni referente aziendale costruisce la GAP analysis e il Piano di adeguamento	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori Trasmissione alla DCS della documentazione tecnica entro il 30.06.2026
11.2.2 Promozione dell'accREDITamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.d	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Attivazione di un percorso di risoluzione degli scostamenti dai requisiti e redazione del protocollo di convalida per i metodi analitici	Trasmissione alla DCS della documentazione tecnica entro il 31.12.2026
11.2.2 Promozione dell'accREDITamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.e	Realizzazione di due edizioni di formazione specialistica per i valutatori dell'accREDITamento e operatori sanitari coinvolti nel processo	Garantita la partecipazione di: - 60% degli operatori dei laboratori e delle strutture di supporto all'acquisto e gestione dei dispositivi IVDR - 100% referenti per i laboratori della Direzione medica e della Direzione delle Professioni sanitarie - 100% Risk Manager - 100% Quality Manager e staff accREDITamento	Garantire la partecipazione dei destinatari della formazione entro il 30.06.2026

11.3 Attività centralizzate di ARCS

11.3.1 Concorsi centralizzati

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.a	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente sanitario	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.b	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.c	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Fisioterapista	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.d	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Audiometrista	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.e	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.f	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.g	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di radiologia medica	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.h	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.i	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Logopedista	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.j	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Neurofisiopatologia	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.k	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta

11.3.2 Attività di comunicazione per il Servizio Sanitario Regionale

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.2.d	Consolidamento del coordinamento tra gli uffici stampa e comunicazione di ARCS, delle aziende e degli Enti del SSR.	Redazione di una procedura condivisa che definisca e consolidi i processi e i flussi di comunicazione stabilendo obiettivi comuni con l'obiettivo della migliore informazione per il cittadino.	entro il 31.12.2026

11.4 Accordi con il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Farmaco

ASUGI garantisce alla Regione il contributo operativo e specialistico necessario all'attuazione degli accordi in vigore tra il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Farmaco e la Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia nel settore dei dispositivi medici e nel programma dell'unione europea 'Eu4health Programme' sulla linea di attività per il mantenimento della nomenclatura europea EMDN, ad ora finanziata dal contributo europeo 'hs-g-22-19.02

direct grants to member states' authorities: supporting the maintenance of the european medical device nomenclature' e successivi.

11.5 Attività di ricerca e innovazione

11.5.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione

La vigente normativa regionale persegue la finalità di sviluppare soluzioni e condizioni che consentano di attrarre soggetti privati a vantaggio del sistema sanitario e sociosanitario regionale, favorendo la salute e il benessere dei cittadini e valorizzando lo sviluppo di soluzioni innovative digitali e tecnologiche.

Per l'anno 2026 ASUGI, all'interno del Piano annuale e triennale del fabbisogno, determina le risorse necessarie ad assicurare l'adeguata strutturazione e professionalità degli uffici dedicati alla ricerca e all'innovazione, in modo da assicurare agli operatori che svolgono attività di ricerca e di innovazione un adeguato, tempestivo e idoneo supporto metodologico, giuridico, amministrativo, contabile e di coordinamento già dalla fase di ideazione e progettazione,

ASUGI assicura l'attiva partecipazione e sviluppo delle progettualità innovative di interesse strategico regionale sui temi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, dell'intelligenza artificiale, del trasferimento tecnologico, della robotica, e altresì nelle iniziative che verranno avviate dalla Direzione centrale competente in materia di salute con il supporto di INSIEL S.p.a., in base alla convenzione stipulata con la medesima Società in conformità allo schema approvato con delibera della Giunta regionale n. 778 del 12 giugno 2025.

Il CEUR adotta apposita modulistica, non vincolante, e una procedura operativa relativa alla sottomissione degli studi clinici concordati con i predetti uffici dedicati alla ricerca e all'innovazione di ASUGI. Sono i titolari degli studi per i profili attinenti alla complessiva gestione della tutela della riservatezza e i promotori di progetto a predisporre tutti gli atti necessari, nel rispetto del procedure interne proprie rispettando disciplina di riferimento, e ad assicurando che vengano predisposti gli atti richiesti dal Comitato etico territoriale (CEUR), per l'avvio del percorso di valutazione per i profili di stretta competenza degli studi.

ASUGI partecipa gli uffici dedicati alla ricerca e innovazione al tavolo di coordinamento di ARCS, con la partecipazione ad incontri a cadenza mensile al fine di risolvere le eventuali criticità in essere riguardanti l'attività del CEUR.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Individuazione dei referenti degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione negli Enti del SSR ed invio alla DCS ed ARCS da parte degli Enti del SSR	entro 15.1.2026

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Convocazione primo incontro del gruppo di lavoro	partecipazione
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Revisione delle procedure operative 2025 con il contributo di tutti gli Enti del SSR con evidenza delle tempistiche target di ciascuna fase del processo	collaborazione con ARCS nella revisione delle procedure operative
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	vengono effettuati incontri mensili con i referenti degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione degli Enti del SSR. Lo scopo è quello di risolvere eventuali criticità in essere, valutare gli studi e gli aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale	partecipazione al 100% degli incontri
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Applicazione della procedura operativa revisionata da parte di tutti gli Enti del SSR.	entro 31.12.2026

11.5.2 Promozione del benessere e della salute

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

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

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

Dalle evidenze scientifiche emerge che l'attività fisica migliora la salute in tutti i suoi aspetti: fisica, mentale, sociale oltre a prevenire le malattie croniche e alcuni tumori, riducendo quindi il carico e i costi del sistema sanitario. In tutti i paesi, le donne, le minoranze etniche, le comunità svantaggiate e le persone con disabilità e malattie croniche hanno maggiori probabilità di essere inattive. Si deve pertanto valutare l'opportunità di includere maggiormente tali gruppi di popolazione dopo un'analisi del proprio territorio con progettualità specifiche.

Secondo le indicazioni dell'OMS i fattori strategici che incidono maggiormente e si sono dimostrati efficaci al fine di promuovere il movimento sono: campagne di comunicazione a lungo termine, con la sensibilizzazione della comunità, la presenza e offerta di programmi di movimento per consentire alle persone di essere più attive in differenti modi, in base ai livelli personali di abilità, alle proprie preferenze, rivolgendosi anche alle persone con patologie croniche disabilità o pazienti psichiatrici, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità.

Scuole che promuovono salute

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.a	Scuole che promuovono salute istituti scolastici del territorio aderiscono alla rete di SPS. Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola	Scuole che aderiscono alla rete	> 20%
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.b	Scuole che promuovono salute almeno il 60% delle scuole aderenti alla rete realizzano un intervento presente nel documento regionale di pratiche raccomandate	Scuole che partecipano alle progettualità del documento regionale	> 50%

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.c	Scuole che promuovono salute diffondere le conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute"	Realizzare iniziative di comunicazione e diffusione dei risultati. Incontrare dirigenti scolastici del territorio	1 prodotto sull'approccio e 1 sui risultati raggiunti almeno 2 incontri con docenti in ogni azienda
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.d	Scuole che promuovono salute diffondere le conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute"	Realizzare un percorso formativo a livello regionale rivolto a docenti e operatori sanitari.	partecipazione alla realizzazione del percorso formativo regionale

Comunità attive

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target ASUGI
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.e	Comunità attive Attivare gruppi di cammino e pubblicizzarli anche sul sito regionale	Gruppi attivati	>=1
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.f	Comunità attive Realizzare corsi di walking leader	Corsi realizzati	>=1
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.g	Comunità attive Partecipare alla redazione del toolkit per i comuni per promuovere il movimento, pubblicizzarlo e diffonderlo nel territorio.	Partecipazione alle riunioni per la redazione del toolkit. Organizzare degli incontri con le amministrazioni comunali aderenti alla rete di FVG in movimento.	>=1 incontro con le amministrazioni comunali (indicare numero amministrazioni presenti) in ogni azienda
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.h	Comunità attive Attivare un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)(N. totale ASL) *100	n° programmi di AFA attivi	>=1 per distretto
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.i	Comunità attive Effettuare la mappatura e certificazione delle palestre della salute e enti che propongono percorsi di attività fisica adattata AFA e esercizio fisico strutturato EFS e loro pubblicità nel sito regionale (Dgr 822/25)	Invio report	2 report semestrali
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.2.k	Comunità attive Informare i MMG sulle modalità di prescrizione dell'esercizio fisico/attività fisica adattata e invio alle palestre della salute	Riunioni distrettuali con MMG	Numero di incontri distrettuali con MMG Numero MMG raggiunti

12. IL MODELLO DI GESTIONE DELLE LINEE PROGETTUALI

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 2026, 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. Innovazione Organizzativa Programmazione e Controllo di Gestione – Internal Auditing.
3. Evidenziare tempestivamente le criticità rilevate e relazionare su richiesta in merito all'obiettivo alla Direzione Strategica e alla S.C. Innovazione Organizzativa Programmazione e Controllo di Gestione – Internal Auditing;
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 2026 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, ASUGI porrà in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei vincoli di seguito esposti.

Farmaceutica

Relativamente al complessivo tetto di spesa fissato per la farmaceutica, si richiama quanto più sopra indicato al punto 3.1. Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, si rende necessario porre in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali efficienti ed efficaci.

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 l'assistenza farmaceutica il vincolo di monitoraggio è determinato sulla spesa complessiva 2025 con un incremento massimo del 3,5%.

La spesa complessiva è composta dai seguenti canali:

- Farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate (fonte dati: Portale Farmaceutica FVG);
- Farmaceutica distribuzione per conto attraverso le farmacie convenzionate (fonte dati: GOpen DPC);
- Farmaceutica territoriale diretta 90%, per Azienda di residenza del paziente: sono esclusi i pazienti extraregione, i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento 2 milioni), la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno e la quota degli innovativi, coperte da specifico finanziamento regionale, erogati in diretta a residenti FVG (fonte dati: flussi NSIS+"minsan fittizi");
- Farmaceutica ospedaliera non onco + 10% diretta non onco per Ente erogante solo residenti FVG: sono esclusi i pazienti extraregione, i vaccini e nirsevimab, che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresa la quota in DPC), i medicinali per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro, i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da specifico finanziamento regionale (fonte dati: Flussi N- SIS + "minsan fittizi");
- Farmaceutica ospedaliera onco + 10% diretta onco per Ente erogante solo residenti FVG: nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC II L01 (Farmaci Antineoplastici) e L02 (Farmaci per la terapia endocrina) mentre per quanto riguarda le categorie L03 (Farmaci Immunostimolanti) e L04 (Farmaci Immunosoppressivi) solamente INTERFERONE α , ALDESLEUCHINA, 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 (solo indicazioni innovative) coperti da specifico finanziamento regionale. (fonte dati: Flussi N-SIS + "minsan fittizi").

Il monitoraggio dell'andamento della spesa e dei consumi sarà con cadenza bimestrale, di concerto tra i competenti servizi della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, ARCS per prevenire eventuali variazioni incrementali sia nell'andamento dei consumi sia della loro appropriatezza, anche al fine di valutare l'introduzione di ulteriori misure correttive. L'andamento sarà misurato come variazione % per singolo canale (convenzionata, diretta 90%, DPC, ospedaliera non onco + 10% diretta non onco e ospedaliera onco + 10%

diretta onco), fermo restando che il vincolo da rispettare rimane il 3,5% sulla spesa complessiva così come sopra descritta (i vari canali possono registrare scostamenti differenti, ma comunque lo scostamento aggregato deve rispettare la soglia del 3,5%).

Anche per il 2026 viene quindi mantenuto lo stanziamento di risorse per la copertura di una quota parte dei costi dei farmaci innovativi (oncologici e non – solo indicazioni innovative – fonte dati AIFA), nei limiti dei fondi disponibili sul finanziamento per tali attività (Tabella 3 - Finalizzazioni regionali LEA – finanziamento da ripartire) oggetto di trasferimento agli Enti e Aziende del SSR nel corso del 2026 e che continuerà ad essere monitorato, operando la correzione sui dati complessivi di spesa, per il rispetto dei rispettivi vincoli assegnati.

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 3,26 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.

Contenimento della spesa e spending review

Gestione Infrastrutture ed Impianti

Area Giuliana

La programmazione preventiva 2026 è stata redatta in linea con il bilancio preconsuntivo (alla data del 30 settembre) sulla base delle indicazioni emanate per la redazione del Bilancio Preventivo che non prevedono più, a differenza dell'annualità precedente, vincoli di spesa per le attività manutentive.

I costi di manutenzione e gestione del patrimonio dell'area giuliana, stimati in complessivi 28,11 milioni di euro, hanno registrato un incremento rispetto alla previsione dell'esercizio precedente, riconducibile sia all'applicazione della rivalutazione ISTAT e al contestuale aumento fisiologico del costo della manodopera, fattori che incidono in modo significativo sulle stime complessive di spesa, sia all'incremento dei prezzi dei vettori energetici che esercita una pressione rilevante sui costi di gestione e di esercizio, imponendo un costante monitoraggio delle previsioni di spesa causa l'incertezza del trend.

Se l'annualità trascorsa è stata caratterizzata dalla contrazione dell'attività manutentiva, dovuta ai sopra richiamati vincoli, intervenendo, pertanto, esclusivamente per mantenere la sicurezza degli immobili e degli impianti, la previsione 2026 ha stimato per la voce manutenzione impiantistica ed edile, al di là della spesa derivata da obbligazioni contrattuali, dei costi aggiuntivi, quantificati nella misura minima necessaria, per poter intervenire nella manutenzione minuta e straordinaria che (anche sulla scorta degli interventi pregressi) si rende indispensabile annualmente.

Area Isontina

Anche per il 2026 proseguiranno le attività di monitoraggio, contenimento della spesa e ottimizzazione, assicurando il rispetto degli obiettivi di economicità previsti nel bilancio.

Rientrano in ciò le azioni di revisione della spesa di spending attraverso l'applicazione di un'ulteriore scontistica sulle prestazioni richieste agli operatori economici, laddove le procedure lo consentano.

In data 25 settembre 2025 è stata sottoscritta la convenzione relativa al nuovo PPP con l'OE SIRAM Veolia, operativo a partire dal 1° ottobre 2025 e della durata prevista di 14 anni e 2 mesi, che prevede la corresponsione di un canone la cui quota manutentiva, al pari delle altre componenti del canone, è definita annualmente sulla base di parametri oggettivi contrattualizzati.

L'economicità della proposta rispetto alla spesa manutentiva storica costituiva uno dei prerequisiti fondamentali della procedura che ha condotto all'affidamento del PPP.

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 dell'Accordo Quadro "Servizi di sicurezza da remoto" ID2296 Lotto 2, proposto da Accenture a €5.320.000 IVA esclusa, sono stati contrattualizzati includendo i servizi quotati da Deloitte nel Lotto 1 della stessa iniziativa a €3.765.000 IVA esclusa per un importo complessivo finale pari a €5.850.000 IVA esclusa.

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.

Ingegneria clinica

Per quanto concerne i contratti di manutenzione delle apparecchiature biomedicali di particolare rilevanza, per l'esercizio 2026, per contenere gli incrementi, si proseguirà con le negoziazioni con gli operatori economici ridefinendo i servizi, mantenendo comunque il livello minimo di sicurezza richiesto.

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

Per quanto concerne i materiali, i ricambi e le richieste di intervento, nella procedura per l'acquisizione verrà richiesto all'aggiudicatario l'applicazione di una riduzione del prezzo.

Per tutte le procedure relative agli investimenti, non derivanti da accordi quadro centralizzati, verranno svolte negoziazioni e comparazione di preventivi, chiedendo migliorie.

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 o l'applicazione delle condizioni previste nei nuovi CCNL, nonché di situazioni contingenti che determinano un incremento significativo dei fattori produttivi.

Nel corso del 2026 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 o quella relativa alla concessione degli adeguamenti contrattuali chiesti dai vari operatori economici. 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.

Risorse umane

Si rimanda al capitolo specifico sulla manovra del personale.

Acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati

In attuazione di quanto disposto dall'articolo 153 della Legge regionale n. 3/2024 e dall'Accordo tra la regione Friuli Venezia Giulia e le strutture private accreditate per il triennio 2026–2028, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1236 del 12 settembre 2025, si definiscono le disposizioni volte ad assicurare il rispetto dei vincoli di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, sia in ambito di assistenza specialistica ambulatoriale che ospedaliera.

Il tetto di spesa complessiva è fissato in misura non superiore al 5,12% del Fondo sanitario regionale di parte corrente assegnato alle Aziende sanitarie territoriali, con la possibilità di riconoscere una quota aggiuntiva esclusivamente mediante specifica deliberazione della Giunta regionale, nel rispetto dei vincoli di legge e comunque entro il limite massimo del 6%. All'interno di tale tetto rientra anche la quota per mobilità sanitaria

attiva, riferita alle prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre regioni, determinata per ciascuna struttura nella misura storicamente attribuita con riferimento all'anno 2011, che costituisce il limite massimo riconoscibile.

ASUGI si impegna a garantire il pareggio di bilancio e il rispetto dell'invarianza finanziaria, nonché il monitoraggio con continuità dell'andamento della spesa e a trasmettere rendicontazioni periodiche per la verifica del rispetto dei limiti stabiliti.

RELAZIONE DESCRITTIVA MANOVRA DEL PERSONALE

Il contesto di riferimento

La manovra del personale 2026 viene imperniata alle priorità ed azioni strategiche delineate dalle "Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2026", adottate in via definitiva con D.G.R. n. 1507 del 31.10.2025, le quali forniscono gli indirizzi per la programmazione regionale ai sensi dell'articolo 47 della LR 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, i criteri per la ripartizione del finanziamento regionale nonché i vincoli e le regole di gestione.

Principali linee di attività inerenti al personale

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

- completamento del 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;
- attuazione della riforma dell'assistenza territoriale avviata dal DM 77/2022 e pianificata a livello regionale dalla DGR n. 2042/2022;
- messa in atto di azioni volte a fronteggiare la carenza di personale sanitario e le difficoltà di reclutamento di professionisti sanitari;
- attuazione degli adempimenti previsti dalla L. 68/99 e s.m. e i., attraverso la progressiva copertura delle quote d'obbligo.

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"

Nell'anno 2025 è stata avviata l'attuazione di quanto previsto dalla L.R. 16/2022, anche tenendo conto delle successive indicazioni applicative fornite con DGR n. 1690 dd. 30.10.2023 e con DGR 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. aveva 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 delle prime misure organizzative inerenti il personale, indispensabili a sostenere la presa in carico dell'attività dal 1.1.2025, l'Azienda aveva rappresentato la prima pianificazione assunzionale con nota prot. 61426 del 17.07.2024. Con detta comunicazione 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 che garantissero la presa in carico progressiva delle attività, chiedendo contestualmente l'innalzamento del tetto di spesa sul personale per il costo corrispondente. A tale nota non era pervenuto riscontro.

Successivamente, nell'ambito del "Rendiconto economico infrannuale al 30.09.2024 e proiezione annua", adottato dall'A.S.U.G.I. con decreto n. 848 dd. 31.10.2025, l'Azienda aveva proposto un adeguamento del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, funzionale anche a realizzare la prima e più urgente fase di reclutamento necessaria all'applicazione della L.R. 16/22, la cui compatibilità economica andava garantita nell'ambito del tetto di spesa in quel momento vigente, tenendo conto dell'intervento della D.G.R. n. 1446 del 4.10.2024. Va precisato che l'adeguamento del tetto adottato con detta Delibera di Giunta non era finalizzato alla L.R. 16/22, pertanto l'Azienda ha avviato le assunzioni correlate alla disabilità rimandando al 2025 altre manovre assunzionali, vista l'imminenza del passaggio all'ASUGI delle nuove competenze. A conferma di un tanto vi è la circostanza che nel citato III rendiconto 2024 la rimodulazione del P.T.F.P. aveva introdotto le figure professionali finalizzate alla L.R. 16, decurtando contestualmente la dotazione di altri profili, con un saldo finale di - (meno) 9 unità rispetto al Piano Triennale previgente.

Per quanto riguarda gli atti di programmazione del 2025, va detto che anche l'incremento del tetto di spesa attuato con le Linee per la gestione 2025 non era correlato alla LR 16, bensì alle quote dei costi certificati dei rinnovi contrattuali ed all'incremento dei fondi (All. 1 par. 7.1 DGR 2052/24). Conseguentemente, nell'ambito del recente Rendiconto economico infrannuale al 30.09.2025 (III report trimestrale 2025) adottato dall'A.S.U.G.I. con proprio Decreto n. 875 dd. 28.10.2025, si è provveduto a portare in detrazione l'intera manovra assunzionale al momento programmata, benché, in quella fase, limitatamente al personale sanitario. Si precisa che il personale assunto per le funzioni in questione non era stato portato in detrazione nei primi due monitoraggi del 2025, non ravvisando la voce di detrazione nelle apposite tabelle di monitoraggio del vincolo.

Nell'ambito di tale riordino, a decorrere dal 1 gennaio del 2025, è 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; 1 unità di personale, peraltro, è già cessata nel corso del 2025, mentre 1 ulteriore cesserà a inizio 2026, sempre per collocamento a riposo. Il costo in proiezione correlato a quest'ultima tipologia di personale è stato rappresentato nell'allegata tabella T.20H in misura corrispondente al 40% dei costi del personale transitato, imputati al "bilancio sociale"; non è stato invece inserito in detta tabella il restante 60% dei costi in quanto, pur rientrando nel "bilancio disabilità sanità" lo stesso non rientra nel conto di cui al BA2080, bensì al BA1160.

Come richiesto dalla nota A.R.C.S. prot. 48175 dd. 4.12.2025, si rappresenta analiticamente nell'allegata tabella T.20A la dotazione di personale complessiva della SC Disabilità e Disturbi del Neurosviluppo dell'Adulto, prevista al 31.12.2025, comprendente sia il personale in servizio prima della riforma che quello appositamente acquisito per la stessa, per un totale di 23 unità.

Delle suddette 23 unità, le figure specificamente assunte per la L.R. 16, previste al 31.12.2025, sono le seguenti:

- 1 dirigente medico
- 1 dirigente psicologo
- 2 Logopedisti

- 4 Tecnici Riabilitazione Psichiatrica
- 1 Terapista Occupazionale
- 1 Assistente amministrativo.

In considerazione della consistenza e complessità dell'utenza coinvolta e dell'ampio ambito territoriale di competenza si rappresenta che, al momento, le assunzioni ulteriormente programmate, interamente finalizzate all'applicazione della riforma in questione consistono nelle figure professionali di seguito elencate, che si andranno ad aggiungere a quelle sopra elencate, dai primi mesi del 2026:

- 1 dirigente medico (già previsto nel III rendiconto 2025)
- 3 dirigenti psicologi (di cui 2 già previsti nel III rendiconto 2025)
- 1 Assistente sanitario
- 1 Fisioterapista
- 1 Assistente amministrativo.

Nelle allegate tabelle T.20A1, T.20A2 e T.20A3 il personale di cui sopra è stato inserito nelle apposite colonne dedicate alla Disabilità, con quantificazione dei relativi costi suddivisi per profilo, includendo ora anche il personale amministrativo ed il personale già presente nella SC di riferimento, come da indicazioni nel frattempo ricevute dall'A.R.C.S.

I costi della manovra complessiva sopra illustrata sono stati portati in detrazione nell'apposita voce delle tabelle T.20F e T.20F1 per la sola parte relativa alle assunzioni appositamente effettuate e programmate per l'applicazione della L.R. 16/22.

In fase di applicazione della manovra 2026, si renderà necessario integrare detta pianificazione, in particolare tenendo conto della necessità di sostituzione di dipendenti ex "P.O.A." transitati in A.S.U.G.I. recentemente cessati o che cesseranno dal servizio in corso d'anno.

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

Come noto, le Linee di gestione 2026 prevedono che, per i programmi di recupero delle liste di attesa, possono essere utilizzate eventuali quote residue dei finanziamenti finalizzati assegnati con DGR 2052/2024, portando esclusivamente tale importo in detrazione rispetto al tetto di spesa.

Pertanto, per il 2026 l'Azienda ha programmato di continuare a perseguire l'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste d'attesa, mediante l'impiego del personale in servizio, anche con acquisto di prestazioni aggiuntive, per l'importo quantificato nel paragrafo dedicato a tale tipologia di remunerazione. L'importo, evidenziato nell'allegata tabella T.20F1, è rientrante nel computo del tetto di spesa, in assenza di specifico finanziamento.

Al momento, tenuto conto della necessità di rispettare i complessivi vincoli di spesa sul personale, non sono state programmate assunzioni di personale aggiuntivo finalizzate al contenimento dei tempi di attesa ed al recupero delle liste d'attesa.

Attuazione della riforma dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/2022 e ed alla DGR n. 2042/2022

Le Linee per la Gestione 2026 hanno definito come prioritaria la progressiva piena convergenza tra la finalizzazione degli investimenti del PNRR e l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale avviata dal DM 77/2022 e pianificata a livello regionale dalla DGR n. 2042/2022. Tale percorso potrà considerarsi avviato con

la prima operatività delle Case della Comunità, quali centri dell'assistenza di prossimità, nonché degli Ospedali della Comunità, quali punti di riferimento delle cure intermedie.

La direzione aziendale intende certamente dare impulso a tale strategia, il che comporta la realizzazione di una prima fase di investimenti, che necessariamente dovranno coinvolgere anche le risorse umane, in termini di potenziamento degli organici territoriali ed in particolare di alcune figure professionali mirate, che al momento sono state programmate come da seguente elenco:

2 Dirigenti medici in disciplina "Cardiologia"

2 Dirigenti medici in disciplina "Malattie metaboliche e diabetologia"

1 Dirigente medico in disciplina "Malattie dell'apparato respiratorio"

1 Dirigente medico in disciplina "Nefrologia".

Tale elencazione rispecchia una prima analisi del fabbisogno operata dalla Direzione Sanitaria e da quella Sociosanitaria, che verrà verosimilmente integrata, in particolare relativamente al personale del comparto, nei successivi atti di programmazione, seguendo le prime fasi di avvio dei nuovi servizi.

Tale potenziamento, evidentemente, comporterà la necessità di incremento del tetto di spesa sul personale, corrispondente alle assunzioni che verranno effettivamente avviate. In attesa di un tanto, tali figure non sono state ancora incluse nel Piano triennale dei Fabbisogni proposto in allegato al presente Piano Attuativo.

Attuazione degli adempimenti previsti dalla L. 68/99 e s.m. e i.

Negli esercizi precedenti si è registrato un contenuto incremento di personale, in particolare amministrativo, correlato al rispetto degli obblighi occupazionali di cui alla L. 68/99 e s.m. e i. In particolare, l'A.S.U.G.I. è tenuta a realizzare le nuove assunzioni rientranti nella Convenzione di programma n. 1676 dd. 26/8/2021 stipulata tra l'Azienda e la Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, e famiglia - Servizio interventi per i lavoratori e le imprese - Struttura stabile Collocamento mirato di Trieste, finalizzata ad un graduale rientro nella quota d'obbligo di cui all'art. 3 dalla norma in questione.

Tenendo conto che il suddetto atto convenzionale prevede l'assunzione di 14 unità annue, al momento le acquisizioni previste sono da considerarsi rientranti nella dotazione di personale dettagliata nel Piano Triennale dei Fabbisogni proposto nell'ambito del presente Piano Attuativo. Tuttavia, ci si riserva di riformulare la dotazione di personale, in particolare tecnico ed amministrativo, in occasione dei monitoraggi infrannuali dell'anno 2026, soprattutto in considerazione della nuova convenzione che verrà stipulata, su richiesta dei citati uffici del Collocamento mirato, nei primi mesi dell'anno stesso, con possibile incremento delle acquisizioni previste.

Prestazioni aggiuntive

Al momento, è stato destinato all'acquisto di prestazioni aggiuntive del personale della dirigenza e del comparto un importo complessivo pari a € 2.000.000,00 comprensivo di oneri c/ente.

Al fine di proseguire nella realizzazione dei programmi di recupero delle liste di attesa ed in assenza del relativo finanziamento statale/regionale garantito sino al 31.12.2025, dette risorse vengono impiegate per l'acquisto di prestazioni della dirigenza, ai sensi del combinato disposto di cui all'art. 89, c. 2 e art. 27, c. 8 del CCNL Area Sanità 2019-2021, e del comparto, ai sensi dell'art. 32, c. 1 del CCNL 2019-2021, secondo la ripartizione indicata nella tabella 20E.

L'eventuale quota di risorse del finanziamento assegnato con DGR 2052/2024 che risulti non completamente utilizzata al 31.12.2025 per:

- Fabbisogno per piano operativo per recupero liste di attesa;
- Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste di attesa

verrà accantonata nelle voci di bilancio 2025 e utilizzata per le medesime finalità, secondo quanto indicato nel paragrafo 4 delle indicazioni metodologiche 2026.

Di un tanto, verrà data evidenza nei rispettivi report infrannuali.

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 manovra è stato programmato *in primis* il mantenimento dei contingenti di personale programmati al 31.12.2025, con riferimento alla dotazione formalizzata nel Piano Triennale nel tempo vigente.

Pertanto, la manovra del 2026 prevede *in primis* la copertura dei posti ancora vacanti sui quali non è stato possibile realizzare le assunzioni previste nel corso degli anni precedenti, compresa quindi la sostituzione delle cessazioni avvenute ed alcune azioni di incremento previste.

La manovra prevede altresì una robusta diminuzione del ricorso alla somministrazione di lavoro, la cui spesa programmata nell'anno entrante è al momento pressoché dimezzata rispetto a quella del 2025. Un tanto comporta la trasformazione di rapporti di lavoro somministrato in dipendente, in presenza di esigenze a regime, su posti vacanti già rientranti nel Piano Triennale dei Fabbisogni.

In secondo luogo, si è prevista la sostituzione delle uscite di personale a vario titolo del 2026, naturalmente salvo riorganizzazioni qualitative funzionali all'organizzazione e funzionalità dei servizi e necessarie per il rispetto dei vincoli.

Assunzioni su personale assente

Come anticipato nell'ambito del Piano Attuativo e Bilancio Economico Preventivo, approvato da ultimo con Decreto n. 377 dd. 14.05.2025, nonché nei tre rendiconti infrannuali del 2025, in alcuni casi, la manovra assunzionale deve 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 coinvolti, rischiando di compromettere la puntuale risposta ai bisogni dell'utenza e le liste d'attesa. Tali assunzioni avvengono 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. Nei citati documenti, l'Azienda aveva proposto di non considerare rientrante 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; il costo del personale assunto per supplenza va invece regolarmente computato nei costi "temporizzati" dell'anno di riferimento, in quadratura con il C.E. e doverosamente nel rispetto del vincolo di spesa.

A tal proposito, con nota prot. 61627 dd. 18.07.2025, inviata alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità ed all'A.R.C.S., detta richiesta è stata formalmente ribadita. A positivo riscontro della stessa, con nota prot. 530716 dd. 28.07.2025, la Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità ha chiarito che "*nella circostanza in cui si verifichi la necessità di attivare la sostituzione di personale assente, ai fini della*

rappresentazione del FTE e del correlato costo "a regime", l'unità da conteggiare sarà esclusivamente quella rappresentata nel fabbisogno e non anche quella acquisita in qualità di supplente".

Pertanto, il personale assunto o in via di assunzione con formale contratto di supplenza (al momento 10 Dirigenti medici) è stato conteggiato nelle allegate tabelle T.20A1, T.20A2 e T.20A3 del Piano Triennale dei Fabbisogni solo nella colonna "Teste" e non nella colonna "teste FTE" che determina il costo a regime.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

In generale, va premesso come l'Azienda abbia elaborato un'analisi delle dotazioni organiche, 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.

Si ricorda che, nell'ambito della Manovra del Personale di cui al Piano Attuativo 2025 (approvato da ultimo con Decreto A.S.U.G.I. n. 287 dd. 11.04.2025, come integrato e rettificato con successivo Decreto n. 377 dd. 14.05.2025) è stato proposto per l'approvazione regionale il 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 alcune assunzioni aggiuntive indispensabili al funzionamento dei servizi sanitari, sociosanitari e di supporto ed al mantenimento dei L.E.A. Il Piano Triennale di cui sopra è stato approvato dalla Direzione Centrale con proprio Decreto n. 26773 del 26.05.2025 e conseguentemente adottato dall'A.S.U.G.I. con Decreto n. 492 dd. 12.06.2025.

Con il I rendiconto trimestrale al 31.03.2025, adottato dall'A.S.U.G.I. con Decreto n. 448 del 30.05.2025, si è resa necessaria una prima rimodulazione del P.T.F.P., in ossequio alle disposizioni di cui alle Linee per la Gestione, correlatamente alle dinamiche assunzionali ed in particolare allo scorrimento delle graduatorie disponibili ed alla difficoltà di reperimento di alcune figure, fattore che ha reso necessaria una ridefinizione qualitativa della manovra. Con Decreto ASUGI n. 644 dd. 31.07.2025 è stato quindi approvato definitivamente il P.T.F.P. rimodulato come sopra espresso.

Successivamente, nell'ambito del II rendiconto trimestrale al 30.06.2025, adottato con Decreto n. 641 dd. 31.07.2025, stante le dinamiche organizzativo-strutturali occorse, si è proceduto a nuova rimodulazione del P.T.F.P. 2025-2027, approvandolo definitivamente con Decreto n. 819 dd. 10.10.2025

Nell'ambito del successivo III rendiconto al 30.09.2025, approvato dall'A.S.U.G.I. con decreto n. 875 dd. 28.10.2025, è risultato necessario proporre una ulteriore rimodulazione del Piano Triennale stesso, in relazione ad ordinarie dinamiche di assunzioni e cessazioni nonché di disponibilità di graduatorie concorsuali, oltre che delle Progressioni di carriera ai sensi del CCNL del comparto sanità 2019-2021 di cui si relazionerà a seguire. L'approvazione di tale ultima rimodulazione risulta attualmente in fase di valutazione da parte della Direzione Centrale.

Nelle allegate tabelle T.20A1, T.20A2 e T.20A3, viene rappresentata la proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni 2026-28, come previsto dalle Linee per la Gestione di cui alla D.G.R. 1507/2025. Detto nuovo Piano Triennale è stato predisposto partendo dal precedente P.T.F.P. 2025-27 da ultimo proposto, con alcune necessarie modifiche, che tengono conto, in particolare, dei seguenti criteri:

- dinamiche di cessazioni di personale al momento note e prevedibili;
- verosimile disponibilità di candidati da graduatorie concorsuali nel tempo vigenti;
- acquisizione, realizzata e programmata, di risorse finalizzate agli adempimenti di cui alla L.R. 16/2022;

- prossima copertura di posti in esito alle procedure di progressione verticale avviate nel 2025 (vedasi paragrafo dedicato);
- cessazioni programmate di personale appartenente a profili ad esaurimento, ai sensi dal vigente CCNL comparto sanità;
- esigenze di sostituzione di personale assente con i criteri esplicitati nel paragrafo dedicato.

In considerazione di quanto esplicitato nelle "Indicazioni per la redazione del piano attuativo e bilancio preventivo 2026" trasmesse dall'A.R.C.S., è opportuno precisare che la suddivisione del personale previsto a tempo indeterminato e determinato è stata improntata in favore della prima delle due tipologie, secondo il principio di voler ridurre per quanto possibile il precariato e della necessità di dare stabilità ai servizi, coprendo al più presto possibile i posti compresi nel Piano. Va tuttavia considerato come spesso tale criterio si scontra con l'insufficienza di graduatorie concorsuali, approvate dall'Azienda stessa o dall'A.R.C.S. secondo l'area contrattuale, che determina la necessità di ricorrere ad avvisi pubblici che rispondano ai casi di urgenza. Pertanto, ci si riserva la possibilità di coprire transitoriamente parte dei posti previsti a tempo indeterminato, con assunzioni a tempo determinato, fermo restando che si perseguirà la stabile copertura dei posti appena disponibili le graduatorie.

Peraltro, l'allegato piano prevede una serie di posti comunque programmati a tempo determinato, in quanto legati a esigenze transitorie quali sostituzione di personale assente, attività temporanee legate a specifici progetti. Per la Dirigenza sanitaria, con particolare riferimento a quella medica, un certo numero di posti, da considerarsi fisiologico, è stato previsto a tempo determinato vista la presenza di medici specializzandi, nei frequenti casi di non disponibilità di specialisti.

Si segnala opportunamente che, rispetto al Piano Triennale proposto con l'adozione del Piano Attuativo e Bilancio Economico Preventivo 2026, avvenuta con Decreto n. 1087 dd. 30.12.2025, è stato necessario apportare una modifica avente carattere particolarmente strategico e d'urgenza. Un tanto a seguito di comunicazione formale da parte del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociosanitari, acquisita agli atti della Direzione Generale, che ha evidenziato un'esigenza prioritaria concernente l'organico dei Dirigenti delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, che va ampliato di 4 unità in relazione alla necessità di applicare tempestivamente i modelli organizzativi previsti dalla programmazione aziendale nei rispettivi campi di pertinenza, con particolare riferimento alla necessità di consolidare l'operatività sull'asse ospedale – territorio ed all'imminente avvio delle Case di Comunità ai sensi del D.M. 77/2022. L'introduzione dei suddetti 4 posti di profilo dirigenziale è stata accompagnata dalla soppressione di 8 posti di Infermiere – Area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'ambito delle logiche di sviluppo organizzativo e di valorizzazione del personale sanitario dell'Azienda, nonché al fine di garantire il rispetto dei vincoli di spesa di cui alle citate Linee per la Gestione per l'anno in corso.

Quanto sopra ha comportato una marginale variazione dei costi a regime e temporizzati, fermo restando il rispetto del vincolo in entrambi gli ambiti.

Il vincolo di spesa sul personale

Si rileva che le "Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2026" di cui alla D.G.R. 1507 del 31.10.2025, hanno confermato il tetto di spesa precedentemente assegnato all'A.S.U.G.I., fissato in **€ 351.329.677,30**.

Come definito dalle citate Linee e dalle correlate indicazioni operative, non rientrano le seguenti voci di costo di attuale interesse dell'A.S.U.G.I.:

- categorie protette nel limite della quota d'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 ripartiti tra le finalizzazioni extra fondo di cui alla DGR 1507/2025 (Tabella 4 pag. 188/189);
- personale sanitario assunto per gli adempimenti correlati alla disabilità, di cui alla LR 16/2022;
- utilizzo di eventuali quote residue dei finanziamenti finalizzati ai programmi di recupero delle liste di attesa, assegnati con DGR 2052/2024;
- Indennità di Vacanza Contrattuale del comparto e della Dirigenza relativa ai CCNL specificamente indicati nelle tabelle di monitoraggio T.20F e T.20F1.

Si precisa che, nella compilazione delle tabelle regionali di monitoraggio del tetto di spesa, in applicazione delle indicazioni operative formalmente inoltrate e tenendo conto dei criteri più dettagliatamente indicati dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità negli esercizi precedenti (nota prot. 310219 dd. 26.05.2023), 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 relative all'anno 2026:

- "Protocollo per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica odontoiatrica in area a pagamento";
- 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 "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);
- Fondo Sanità Pubblica e presa in carico territoriale in tutte le età della vita delle persone con disturbi dello spettro autistico, di cui alla DGR n. 1412 dd. 08.09.2023;
- "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.;
- 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;

- progetto "*Realizzazione di un modello innovativo di presa in carico dei pazienti con cefalea cronica nella provincia di Trieste mediante organizzazione di una rete multidisciplinare a multilivello e formazione periodica professionale*" di cui al Decreto regionale n. 65927 di data 23/12/2024;
- progetto "*Monitoraggio EEG domiciliare a lunghissimo termine per epilessie rare ed encefalopatie epilettiche e dello sviluppo. Uno studio prospettico interventistico non farmacologico in aperto con un dispositivo EEG indossabile minimamente invasivo (Acronym: Eeg Monitoring In Rare Epilepsies) – EMIRE*";
- attività relative al "*documento regionale delle buone pratiche e offerte formative*" di cui al Decreto regionale n. 2977/SPS dd 16/11/2021;
- appositi finanziamenti da parte delle sezioni regionali dell'A.I.L. finalizzati a personale da assumere presso la UCO Ematologia e la SC Rete Cure Palliative ed Hospice Area Isontina, relativamente al progetto "Cure simultanee e precoci domiciliari per pazienti onco-ematologici";
- accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per la realizzazione del progetto "Definizione dei criteri e modalità di utilizzo del fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico 2023-2024. Fasc. DA58";
- finanziamento a valere sulla quota dell'otto per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche a diretta gestione statale per l'anno 2023, per l'iniziativa denominata "Reti per la salute e l'inclusione sociale", ammessa a finanziamento con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 15 gennaio 2025;
- progetto relativo al "Registro regionale delle morti cardiache improvvise" di cui all'art. 9, comma 3 e seguenti, della L.R. 26/2020.

Inoltre, sono stati portati in detrazione nelle apposite righe delle tabelle T.20F e T.20F1 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.

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 2026, con i criteri di seguito riassunti:

Costi vincolo a regime P.T.F.P. 2026-28 (Tabella T.20F):

- 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 31.12.2026 (sono state quindi sottratte dalla colonna del full time equivalent 9 unità delle aree Dirigenziali e 7 unità del comparto, come risultante già nel III rendiconto al 30.09). Si precisa che, in caso di rientro anticipato, tale personale verrà collocato su posti che si renderanno vacanti nelle rispettive annualità, senza pertanto incrementi di costo;
- i costi a regime sono comprensivi del personale comandato e in utilizzo presso la Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità, 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 riportato in questa sezione il costo del personale somministrato, come da indicazioni operative;
- 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 esterno e dipendente acquisito a valere su finanziamenti privati, statali o regionali, compresi i finanziamenti finalizzati extra fondo di cui alla DGR 1507/2025 (tab. 4) in quanto rientranti nelle progettualità regionali.

Costi anno 2026 "temporizzati" in quadratura con il modello C.E. (Tabella T.20F1):

- i costi sono stati computati tenendo conto delle dinamiche e tempistiche assunzionali e delle cessazioni previste nel 2026, delle quali è stata sostanzialmente programmata la sostituzione;
- ai sensi delle indicazioni operative correlate alle Linee 2026, i costi non sono comprensivi del personale in utilizzo presso la Direzione Centrale Salute; è stato quindi compreso il solo personale comandato, la cui spesa è portata in detrazione;
- 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 i costi finalizzati all'acquisto di prestazioni aggiuntive, come già descritte nel relativo paragrafo, secondo l'articolazione analiticamente indicata nelle tabelle T.20E e T.20E1;
- sono stati inclusi e parimenti portati in detrazione i costi relativi a personale esterno, somministrato e dipendente acquisito a valere su finanziamenti privati, statali o regionali, compresi i finanziamenti finalizzati extra fondo di cui alla DGR 2052/2025 (tab. 4) 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 2026 (in quadratura con il C.E.) che in quello a regime, correlato al P.T.F.P.

Regole assunzionali per il personale amministrativo

Le Linee per la Gestione 2026 dispongono una nuova modalità di definizione del vincolo inerente il personale amministrativo, riferito ora al solo personale dirigenziale. Ai fini del rispetto di detto limite le Aziende sono tenute a mantenere l'organico entro il numero di Dirigenti amministrativi in servizio al 31 dicembre 2024, integrato dalle assunzioni autorizzate nel piano dei fabbisogni approvato nel 2025.

Si rileva che nella proposta di Piano 2026-28 allegata al presente Piano Attuativo, è stata prevista una consistenza di Dirigenti amministrativi pari a 23 unità, analogamente a quanto già formalmente programmato nel Piano Attuativo 2025, approvato da ultimo con Decreto A.S.U.G.I. n. 287 dd. 11.04.2025, come integrato e rettificato con successivo Decreto n. 377 dd. 14.05.2025, cui è conseguita la formale approvazione del Piano triennale 2025-27, realizzata con i provvedimenti già citati nel capitolo dedicato.

Pertanto, come evidenziato nella tabella T.20B, il vincolo risulta rispettato. Nella medesima è stato corretto il refuso, dovuto ad un errato puntamento tra le tabelle, segnalato con nota A.R.C.S. 2174 dd. 21.01.2026.

Con riferimento a quanto segnalato con nota A.R.C.S. prot. 48175 dd. 4.12.2025, relativamente alla prevista cessazione dell'Accordo Quadro tra detta Azienda e l'IRCCS Burlo Garofolo, per la collaborazione inerente alla gestione del personale, si precisa quanto segue. In base alla richiesta dell'Istituto di procedere, secondo un cronoprogramma che si sviluppa nell'arco dell'esercizio 2026, ad un'attività di formazione e affiancamento delle nuove e venienti unità con collocazione delle medesime nella sede ASUGI, verosimilmente per l'anno

2026 l'A.S.U.G.I. dovrà continuare a garantire le attività di collaborazione nonché nel contempo la formazione dei dipendenti del Burlo. In secondo luogo, va precisato che, da tempo, le attività a favore dell'I.R.C.C.S. oggetto dell'Accordo in parola vengono garantite dal complesso del personale della S.C. Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione e della S.C. Gestione Risorse Umane Area Economica e Relazioni Sindacali, mediante orario aggiuntivo. Peraltro, permangono due rapporti di comando dal predetto istituto, ormai da considerarsi funzionali al fabbisogno ordinario ed alle esigenze a regime dell'Azienda, dei quali è in corso la stabile copertura mediante mobilità. Non si ravvisano pertanto conseguenze imminenti di alcun tipo sull'organizzazione e sull'organico degli uffici del personale a seguito del futuro venir meno dell'attività a favore dell'I.R.C.C.S.

Stato di realizzazione delle procedure di stabilizzazione

Come ampiamente illustrato nei rendiconti del 2025 e degli anni scorsi, negli esercizi precedenti sono state realizzate le procedure di stabilizzazione 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).

Nel 2024, 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 corso del 2025, con Decreto n. 274 dd. 3.04.2025, sono state avviate analoghe procedure rivolte a coloro che hanno maturato il requisito temporale di precariato nel corso del 2024. Nell'ambito di tale procedura, in data 17.06.2025 è stato pubblicato un avviso per la raccolta delle manifestazioni di interesse alla stabilizzazione, rivolto appunto al personale in possesso dei requisiti al 31.12.2024, con priorità per i dipendenti ancora in servizio a tale data.

Con Decreto ASUGI n. 735 dd. 11.09.2025 si è quindi proceduto prima alla stabilizzazione del personale precario del comparto, dipendente dell'ASUGI al 31.12.2024 ed in possesso dei requisiti richiesti alla medesima data, ai sensi dell'art. 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021 e s.m. e i. e successivamente con Decreto ASUGI n. 821 dd. 10.10.2025 alla stabilizzazione del personale precario della dirigenza, dipendente dell'ASUGI al 31.12.2024 ed in possesso dei requisiti richiesti alla medesima data, ai sensi della medesima normativa.

In una successiva fase, verranno invece avviate le procedure per coloro che hanno maturato o matureranno i requisiti nel corso del 2025, tenuto conto dell'ulteriore evoluzione normativa: D.L. 27 dicembre 2024 n. 202, art. 3-bis e 3-ter, convertito con L. 21 febbraio 2025 n. 15, che ha disposto l'ulteriore differimento dei termini di cui sopra al 31.12.2025.

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.

Progressioni tra le aree

Nell'ambito del I rendiconto infrannuale al 31.03.2025, l'Azienda aveva esplicitato la volontà di avviare l'applicazione dell'art. 20 del CCNL 2.11.2022, relativamente alle progressioni tra un'area e quella immediatamente superiore tramite procedura selettiva interna, secondo procedure e criteri delineati dalla citata fonte contrattuale. Un tanto ai sensi dell'art. 52, comma 1-bis del d.lgs. n. 165/2001 e s.m. e i.

In tale sede ed a seguito di una prima analisi, è stata programmata la copertura di una parte dei posti disponibili sulla base delle facoltà assunzionali per l'anno in corso, attraverso progressioni tra le aree del personale interno, doverosamente rispettando il vincolo della riserva di almeno il 50 per cento delle posizioni disponibili da

coprirsi con accesso dall'esterno mediante le ordinarie procedure, come previsto dalle predette fonti normative e contrattuali. Come già sottolineato in quel contesto, l'applicazione delle progressioni relative a tale prima fase programmata ed avviata (di cui all'art. 21 del Contratto) avviene nel rispetto delle relazioni sindacali contrattualmente previste e, in ogni caso, è coerente con il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale proposto ed è pertanto compatibile con i vincoli economici vigenti.

In una prima fase, si è avviata la procedura in questione applicando in via prioritaria quanto previsto dalla norma di prima applicazione di cui all'art. 21 del predetto Contratto Nazionale, tenuto conto dalla scadenza della stessa, fissata al 30.06.2025. Un tanto è stato valutato opportuno e fondamentale, vista la necessità di perseguire la valorizzazione del personale, tenendo conto dell'esperienza e professionalità maturate ed effettivamente utilizzate dall'Azienda.

Conseguentemente, a seguito di conclusione del confronto con le OOSS (ai sensi dell'art. 6, comma 3 lettera n) del CCNL 2.11.2022), con Decreto n. 545 del 30.06.2025, come integrato con Decreto n. 607 del 17.07.2025, l'Azienda ha avviato la procedura di cui alla suddetta prima fase ed ha approvato il "Regolamento inerente la disciplina transitoria della progressione tra le aree di cui all'art. 21 del CCNL 2.11.2025". Sempre in data 30.06.2025 si è dato luogo all'apertura dei bandi di selezione per complessivi 22 posti del ruolo amministrativo e 19 posti del ruolo tecnico, con scadenza per la presentazione delle candidature al 30.07.2025.

Nell'ambito del III Rendiconto regionale infrannuale al 30.09.2025, approvato dall'A.S.U.G.I. con proprio Decreto n. 875 dd. 28.10.2025, è stata proposta una rimodulazione del P.T.F.P. comprendente, per il personale tecnico ed amministrativo del comparto, la copertura dei posti messi a selezione nell'ambito della suddetta procedura.

Nell'esercizio 2026 si valuterà l'avvio di una seconda tornata di progressioni in regime transitorio, considerato il differimento del termine previsto dal citato art. 21, operato dal nuovo CCNL del comparto Sanità siglato in data 27.10.2025.

In una successiva fase, si darà luogo alle procedure ordinarie (di cui all'art. 20 del Contratto stesso) che verosimilmente coinvolgeranno una platea più ampia di personale dipendente, fermo restando i vincoli inerenti la riserva di accesso dall'esterno e la compatibilità con il Piano Triennale nel tempo vigente.

Trattenimento in servizio ex art. 1, comma 165 L 207 dd. 30.12.2024

La Legge n. 207 dd. 30.12.2024, Legge di Bilancio 2025 ha introdotto la possibilità, per tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2 del D.Lgs 165/2001 e s.m. e i., di trattenere in servizio, non oltre il compimento del settantesimo anno di età e nel limite massimo del 10 per cento delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, il personale, dirigenziale e non dirigenziale, di cui, ad esclusiva valutazione dell'amministrazione, si renda necessario continuare ad avvalersi anche per far fronte a esigenze funzionali non diversamente assolvibili.

Nel rispetto delle condizioni poste dalla normativa su richiamata e dalla Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione recante "Indicazioni applicative del ricorso al trattenimento in servizio di cui all'art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024, n. 207", L'Azienda si riserva, in corso d'anno, di valutare la sussistenza di condizioni per l'eventuale trattenimento in servizio volontario di determinate e specifiche figure, rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti per la pensione di vecchiaia, secondo le disposizioni vigenti per l'esercizio 2026 e nel rispetto dei vincoli assunzionali e del pareggio di bilancio.

La Formazione

Premessa

In ASUGI la Formazione rappresenta una leva strategica fondamentale per sostenere la trasformazione del Servizio Sanitario Regionale e per garantire lo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari, chiamati a rispondere a bisogni della popolazione sempre più complessi e multidimensionali. L'invecchiamento demografico, l'aumento delle cronicità, la fragilità clinica e sociale e la necessità di una presa in carico globale e proattiva rendono indispensabile un rafforzamento costante delle conoscenze, delle abilità e delle competenze avanzate degli operatori. In questo contesto, la formazione costituisce un elemento chiave per garantire qualità, sicurezza, efficacia e sostenibilità dell'assistenza lungo tutto il percorso di cura: prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e continuità assistenziale. Essa contribuisce a sostenere il cambiamento organizzativo richiesto dalla complessità del contesto sociosanitario e culturale e necessario per realizzare i nuovi modelli assistenziali che valorizzano:

- un sistema territoriale forte, accessibile e orientato alla prossimità
- l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare alla presa in carico della persona
- la continuità assistenziale tra ospedale, territorio e strutture intermedie
- la valutazione del bisogno attraverso modelli proattivi, centrati sulla persona

Accanto al rinnovamento dell'assistenza territoriale, la formazione sostiene l'evoluzione del contesto ospedaliero che promuove:

- l'organizzazione dell'offerta ospedaliera secondo criteri di appropriatezza, efficienza e sicurezza
- la diffusione di pratiche orientate alla qualità e sicurezza delle cure
- lo sviluppo di reti cliniche e percorsi assistenziali tempo-dipendenti

La formazione è inoltre fondamentale per promuovere l'umanizzazione delle cure e la centralità della persona e l'attenzione alla dignità e ai bisogni individuali, sostenendo la costruzione di relazioni di cura fondate sul rispetto, comunicazione e partecipazione attiva dell'utente. Riveste un ruolo fondamentale anche nel rafforzare i percorsi di prevenzione, riconoscimento e gestione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari, contribuendo alla creazione di ambienti di lavoro sicuri, consapevoli e orientati al benessere organizzativo.

Un ulteriore elemento strategico riguarda la valorizzazione del capitale umano, risorsa fondamentale per sostenere i processi di riforma, innovazione organizzativa e trasformazione digitale del sistema sanitario. In tale prospettiva, la formazione assume un valore trasversale: non riguarda solo le professioni sanitarie ma si estende anche al personale amministrativo, in coerenza con gli indirizzi nazionali (tra cui la Circolare del Ministro della Pubblica Amministrazione), che sottolineano l'importanza delle competenze gestionali, amministrative e digitali per il buon funzionamento dell'organizzazione sanitaria.

La formazione, pertanto, assume un ruolo strategico non solo per adeguare le competenze dei professionisti agli standard attuali, ma anche per favorire lo sviluppo di capacità innovative, digitali, organizzative e relazionali che consentano di affrontare efficacemente le sfide del sistema salute.

Priorità formative

In questo quadro generale le linee formative aziendali, di cui si terrà conto per la pianificazione delle attività formative 2026, saranno orientate a supportare gli obiettivi strategici regionali e aziendali e sono rappresentate da:

- assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria: formazione che supporti il cambiamento previsto dal DM 77/2022;
- assistenza ospedaliera: formazione sui temi dell'appropriatezza ed efficienza nell'erogazione delle attività clinico-assistenziali, reti cliniche, trapianti e donazioni;
- formazione finalizzata allo sviluppo della rete oncologica;
- assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica: formazione sulle tematiche ambientali e salute nei luoghi di lavoro, attività di screening, sicurezza alimentare e Sanità Pubblica veterinaria;
- formazione finalizzata al miglioramento della qualità, sicurezza e sostenibilità delle cure;
- formazione sulle tematiche di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antibiotico resistenza;
- formazione volta a promuovere l'appropriatezza prescrittiva e le attività di farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza;
- risorse umane: sviluppo di percorsi formativi coerenti con le competenze dei professionisti e con i bisogni clinico assistenziali del sistema;
- rafforzare le competenze delineate dal PNRR sul Fascicolo Sanitario Elettronico, innovazione digitale, sistemi informativi e privacy;
- favorire la formazione degli operatori nell'ambito delle azioni di contrasto agli atti di violenza, così come previsto dalle politiche aziendali e dai CCNL.
- formazione volta a mantenere alta l'attenzione sul tema dell'umanizzazione delle cure e valorizzazione della dignità della persona all'interno del percorso di presa in carico;
- formazione del personale dell'area Professionale Tecnica ed Amministrativa.

Linee formative strategiche

Le iniziative formative strategiche, coerenti con la mission e la vision aziendale e con gli indirizzi delineati dalle "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario Regionale – anno 2026" saranno finalizzate a:

- pianificare un'offerta formativa che faciliti i professionisti sanitari ad ottemperare agli obblighi previsti per l'acquisizione dei crediti ECM;
- garantire la formazione e l'aggiornamento previsti dalla normativa in merito alla salute e sicurezza dei lavoratori (D.Lgs 81/2008 e Accordo Stato Regioni del 17 aprile 2025), la formazione specifica in tema di emergenza-urgenza e la formazione specifica in tema di Radioprotezione;
- sviluppare percorsi formativi coerenti con le politiche sanitarie nazionali e regionali;
- assicurare la formazione specifica sui percorsi di accreditamento e certificazione, finalizzati a promuovere una cultura volta al mantenimento e miglioramento degli standard di qualità dell'assistenza territoriale e ospedaliera;

- assicurare la realizzazione delle iniziative formative previste nel Piano della Formazione Regionale (PFR);
- mantenere la continuità dei percorsi formativi previsti dal PNRR sul tema del Fascicolo Sanitario Elettronico e della prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). In particolare si promuoverà la partecipazione al corso FAD asincrona – ICA Modulo A del personale afferente alle strutture territoriali aziendali, nell'ottica di sviluppare la cultura sulla prevenzione delle ICA e l'applicazione di buone pratiche;
- rafforzare le competenze delineate dal PNRR in tema di innovazione digitale ed in particolare sul Fascicolo Sanitario Elettronico;
- promuovere la formazione sulla conoscenza e sull'utilizzo dell'HTA (Health Technology Assesment);
- realizzare attività formative finalizzate all'attuazione del Piano Strategico regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale nel Friuli Venezia Giulia;
- promuovere la formazione in tema di Cybersicurezza e sviluppo delle competenze digitali degli operatori (cartella clinica elettronica, telemedicina/teleriabilitazione);
- rafforzare le competenze in tema di dispositivo-vigilanza, favorendo la partecipazione del personale al corso FAD messo a disposizione dalla Regione per l'anno 2026;
- favorire la partecipazione degli operatori alle iniziative formative promosse da ARCS, quali la formazione manageriale, specialistica e tecnico-amministrativa, la formazione dell'Infermiere di famiglia o Comunità o alle iniziative formative su tematiche di interesse regionale, anche a carattere urgente e/o straordinario, individuate da appositi provvedimenti regionali;
- promuovere l'aggiornamento professionale delle risorse umane dell'area P.T.A., sia dirigenziale che del comparto, finalizzato allo sviluppo delle competenze gestionali e professionali, anche ai fini dell'innovazione e del cambiamento organizzativo.

RELAZIONE ECONOMICA AL BILANCIO DI PREVISIONE

Il quadro delle risorse finanziarie

Per l'anno 2026 il finanziamento regionale è stato determinato in complessivi 3.384.836.000 euro con le seguenti destinazioni (cfr DGR n. 1507 dd. 31.10.2025 di approvazione definitiva delle Linee di gestione per il 2026):

- una quota di 3.292.716.000 euro quale "Finanziamento per LEA sanitari e sociosanitari del SSR", di cui:
 - una quota di 2.970.840.000 euro quale "FSR 2026 iniziale";
 - una quota di 55.500.000 euro quale "Finanziamento disabilità iniziale" /Fondo sociosanitario LEA L.R. 16/2022);
 - una quota di 178.000.000 euro a titolo di "Rinnovi contrattuali";
 - una quota di 74.100.000 euro per abbattimento rette case di riposo e centri diurni;
 - una quota di 8.480.000 euro per i maggiori oneri sanitari case di riposo;
 - una quota di 5.796.000 euro per l'incremento delle tariffe prestazioni aggiuntive;
- una quota di 46.120.000 euro quale "Finanziamento extrafondo vincolato", di cui:
 - una quota di 44.710.000 euro a titolo di "Finalizzazioni regionali extra Fondo";
 - una quota di 1.410.000 euro per "Finanziamento ospedali psichiatrici giudiziari"
- una quota di 46.000.000 euro quale anticipazione regionale Fondi payback farmaci.

L'anno 2026 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 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 2026, 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 per attività LEA ed Extra LEA"

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 2026 a 21.217.210 euro.

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 01.01.2025 che registrano per l'ASUGI una consistenza pari a 366.685, per l'individuazione delle quote collegate alla popolazione secca;
- i criteri di suddivisione del FSN per l'anno 2024 (rep. Atti 262/CSR dd. 28.11.2024 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 971.630.890,71, dunque con un rilevante aumento, *prima facie*, rispetto l'assegnazione 2025 (di complessivi euro 940.709.429,00), sebbene il confronto risulti particolarmente complesso, in considerazione delle variazioni di poste e voci finanziate tra i due esercizi.

Quanto definito dalle Linee per la gestione 2026, unitamente alle Indicazioni metodologiche per la redazione dei documenti contabili preventivi 2026, fornite da ARCS con nota prot. n. 41978 dd. 22.10.2025, 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 2026":

- innanzitutto si rappresenta che il quadro complessivo delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale per l'anno 2026 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 2026 e per alcuni dei quali non sono stati neppure inseriti i relativi costi. Rientrano tra tali finanziamenti non ripartiti i seguenti contributi:
 - indennità PS comparto sanità (CCNL 2022/2024) e dirigenza medica (CCNL 2019/2021);
 - incremento indennità di specificità e indennità infermieristica a tutela del malato;
 - farmaci innovativi e SMA;
 - 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 € 21.217.210 relativo alla Disabilità – Fondo sociosanitario LEA L.R. 16/2022. La parte sociale di tale gestione è stata prevista nel Bilancio sociale da ASUGI;
- erogatori privati: i relativi costi comprendono, oltre al budget ordinario previsto nel nuovo Accordo regionale triennale 2026-2028, approvato con DGR 1236/2025, anche l'utilizzo della quota integrativa di cui all'articolo 4, comma 4, lettera c) di tale Accordo, determinata nell'importo di 1.478.780,95 euro (cfr. punto

“2.1.9 Erogatori privati” delle “Indicazioni metodologiche” trasmesse da ARCS), mentre attualmente non tiene conto dell’eventuale maggior costo derivante dall’applicazione del meccanismo di “flessibilità del 5%”, rinnovato anche per il triennio 2026-2028;

- piano operativo per il recupero dei tempi di attesa: l’eventuale residuo degli specifici finanziamenti 2025 risulta, al momento, non completamente quantificabile; in sede programmatoria pertanto non è stato previsto né l’impiego di tali risorse né il loro ammontare. Per il dettaglio dei costi comunque previsti per l’acquisto di prestazioni aggiuntive, si rimanda alla specifica parte di relazione relativa alla manovra del personale.

Il conto economico

I dati del bilancio preconsuntivo 2025, riferiti alla gestione sanitaria, che comprende anche la gestione della “sanità disabilità”, sono aggiornati, sia nelle stime dei costi che dei ricavi, con la variazione di finanziamento regionale approvata con DGR 1659/2025, coerentemente con le indicazioni comunicate dall’ARCS con nota prot. n. 48175 dd. 04.12.2025 avente ad oggetto “Trasmissione di indicazioni post negoziazione per la stesura della Proposta di Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2026”.

I dati disponibili attualmente per la stima della chiusura di bilancio 2025, consentono al momento di prevedere un risultato di pareggio della gestione sanitaria “pura”, anche grazie all’impiego parziale dell’accantonamento residuo per pay back farmaci 2024, un risultato di perdita di circa 1,6 milioni di euro della componente “disabilità-sanità”, più che compensato dal risultato positivo del bilancio “sociale-disabilità”.

In merito si rappresenta che il sistema di finanziamento dei servizi per la disabilità, in particolare per l’assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, di cui all’art. 34 del DPCM LEA, definisce per le diverse tipologie di servizio ed intensità riabilitati-assistenziale la quota a carico del sistema sanitario. Con l’art. 5 della LR 16/2022 la Regione Autonoma FVG stabilisce che la parte sanitaria e sociosanitaria è finanziata alle Aziende sanitarie attraverso il Fondo Sociosanitario Disabilità (Missione 13 del bilancio regionale), mentre il restante è finanziato alle Aziende sanitarie dal sistema dei servizi sociali attraverso il Fondo Sociale Disabilità (Missione 12 del bilancio regionale) e dai trasferimenti degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per conto dei Comuni.

Per l’anno 2025, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, con la DGR 1870/2024 ha fissato in via forfettaria la ripartizione delle risorse, stabilendo che il 60 per cento afferisce al fondo sanitario e sociosanitario regionale mentre il 40 per cento afferisce alla quota sociale. Inoltre ha indicato ai Comuni, per ciò che attiene alla quota sociale del finanziamento dei servizi e degli interventi per la disabilità, di mantenere i medesimi livelli di contribuzione dell’anno 2024.

Dall’analisi dei finanziamenti disposti nel corso del 2025 dalla Regione nei confronti di ASUGI, si rileva uno scostamento rispetto ai valori forfettari sopra citati. Nello specifico la componente sanitaria è pari al 64% e la componente sociale è pari al 36%. Del finanziamento di parte sociale la parte che gli enti locali dovranno trasferire è di Euro 7.031.165,00 pari al 64% dell’intero finanziamento per la parte sociale.

Rispetto alla dinamica dei costi sostenuti da ASUGI conseguenti alla ripartizione tra sanitario e sociali definita negli atti di intesa con i quattro Ambiti Territoriali Sociali insistenti sul territorio di ASUGI (DCR ASUGI n. 1023 del 23/12/2024), emerge che la “gestione sanità disabilità” registra maggiori costi rispetto al finanziamento regionale, mentre la “gestione sociale disabilità” produce un avanzo di gestione.

Da una prima analisi in sede di preconsuntivo, il risultato della gestione disabilità è da attribuire principalmente ai seguenti fattori:

- I costi del personale della SC disabilità impegnati nei servizi sono totalmente imputati alla gestione sanità disabilità e non sono ribaltati in proporzione nella gestione sociale; (indicazione gestionale ARCS)
- La ripartizione dei servizi di assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale, definita negli atti d'intesa, è sbilanciata verso una proporzione che vede il 70% di parte sanitaria e il 30% di parte sociale;
- Il finanziamento di parte sociale di competenza dei Comuni per l'anno 2025, come da indicazioni regionali è il medesimo dell'anno 2024, anno in cui i Comuni dell'area Isontina finanziavano anche il funzionamento del Consorzio Isontino Servizi Integrati (C.I.S.I.).

Si specifica che tale stima di risultato di chiusura 2025, comprende tra gli accantonamenti, l'intero importo derivante dal calcolo dell'incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato e 0,22% m.s. del 2018 per la dirigenza PTA, quantificati in € 2.132.749 (compresi oneri e IRAP).

Relativamente alla previsione 2026, 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 2026", anche in sede di previsione è stata inserita tra gli accantonamenti la quota di incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato e dello 0,22% della dirigenza PTA, ammontante a € 2.132.749 (compresi oneri e IRAP).

L'assenza di importanti poste di costo (indennità PS e altre indennità di carattere sanitario, costo del personale in utilizzo presso la DCS), il cui valore al momento non è stato previsto nel 2026 in attesa del riparto degli specifici finanziamenti, determina la riduzione del dato del costo del personale a preventivo, rispetto all'importo del preconsuntivo 2025.

Accantonamenti per rinnovi contrattuali

Gli accantonamenti per rinnovi contrattuali a preventivo 2026, sono riferiti esclusivamente al personale convenzionato e sono riferiti agli ACN 2022/2024 e 2025/2027. Non sono previsti accantonamenti per i rinnovi contrattuali 2022/2024 e 2025/2027 del personale dipendente, in quanto i relativi finanziamenti, al momento sono stati iscritti esclusivamente per l'importo corrispondente ai costi per IVC, compresi nei costi del personale.

Acquisti di beni sanitari

Il confronto tra il dato preventivo 2026 e il preconsuntivo 2025 di questa macrovoce evidenzia un incremento limitato a circa un milione di euro, motivato dalla mancata presenza, nel dato preventivo, del costo dei farmaci innovativi e SMA, il cui valore stimato ammonta a circa 3,5 milioni di euro, in attesa del riparto dello specifico finanziamento.

Medicina di base

L'incremento dei costi in previsione 2026, pari a circa 3 milioni di euro, deriva quasi esclusivamente dall'ipotesi di applicazione del nuovo AIR. Con riferimento alla specifica voce, al momento non sono stati previsti costi aggiuntivi che potrebbero concretizzarsi conseguentemente alla graduale attivazione in corso d'anno delle Case di Comunità.

Acquisti di servizi per assistenza ambulatoriale e ospedaliera

Atteso che i dati preventivi relativi alla fuga intraregionale evidenziano un contenuto incremento dei costi, peraltro più che compensato dai dati di attrazione, e che i valori relativi alla mobilità extraregionale ed internazionale sono gli stessi a preventivo 2026 e preconsuntivo 2025, l'incremento dei costi per la voce in esame è riconducibile al maggior valore delle risorse assegnate alle strutture private accreditate dall'Accordo regionale triennale 2026-2028 approvato con DGR n. 1236/25, ulteriormente incrementato dalla quota di € 1.478.780,95 di cui all'art. 4, c. 4, lettera c dell'Accordo, ancorché non ancora ripartita alle singole strutture.

Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria

L'incremento dei costi previsti in questa macrovoce è imputabile principalmente alla voce "abbattimento rette anziani non autosufficienti" i cui costi sono stati previsti ipotizzando la piena occupazione dei posti convenzionati. Ciò ha comportato l'impiego totale dello specifico finanziamento stanziato per l'anno 2026 e, a pareggio dei costi, l'impiego di quote residue di stanziamenti degli esercizi precedenti per un importo di € 607.122. Inoltre sono stati previsti costi pari allo specifico finanziamento di € 540.598 per progetti di Sperimentazione domiciliarità comunitaria che, diversamente, nel preconsuntivo 2025 sono stati collocati tra gli accantonamenti di quote inutilizzate di contributi.

Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitario

La previsione in riduzione di circa 3,1 milioni di euro rispetto al dato preconsuntivo 2025, è dovuta principalmente al minor valore delle prestazioni aggiuntive per recupero liste d'attesa che nel 2025 beneficiava di specifici finanziamenti, non previsti nel 2026. In questa fase non sono stati rilevati eventuali residui di tali finanziamenti.

Acquisti di servizi non sanitari

La previsione in riduzione di circa 4,5 milioni di euro rispetto al dato preconsuntivo 2025 deriva dall'importante decremento dei costi per riscaldamento e utenze, la cui motivazione viene esplicitata al successivo punto "Godimento beni di terzi", parzialmente compensati da generici incrementi di costi dei vari servizi economici, dovuti anche all'ipotizzato effetto dell'applicazione dei rinnovi dei CCNL delle cooperative sociali.

Si segnala inoltre l'inserimento della quota aggiuntiva di costi pari ad € 1.512.917 riferiti al servizio mensa, in relazione allo specifico finanziamento di pari importo di cui alle tab. 2 delle Linee di gestione 2026. Tale posta aggiuntiva di costo è stata parimenti allocata anche nei dati di preconsuntivo 2025, a seguito di specifica indicazione fornita dall'ARCS con la citata nota prot. n. 48175 dd. 04.12.2025 che precisa che il finanziamento indistinto integrativo di cui alla DGR 1659/25 contiene anche la copertura dei maggiori oneri per il contratto di ristorazione.

Godimento beni di terzi

Nella specifica voce "Canoni di project financing", si registra, tra l'altro, la prima quota a regime per l'intero anno, pari a circa 12,5 milioni di euro, 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. Come già evidenziato al punto precedente, tale importo risulta parzialmente compensato da sensibili riduzioni alle voci di costo relative al riscaldamento e alle utenze, cumulate nella macrovoce "Servizi non sanitari". Sempre con riferimento al contratto PPP, è stata anche prevista una quota corrispondente ad una stima dei possibili costi collegati alla graduale attivazione delle nuove strutture aziendali (case di comunità).

Accantonamenti

Oltre ai già citati accantonamenti per dell'incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato e 0,22% per la dirigenza PTA e per rinnovo ACN medicina convenzionata 2022/2024 e 2025/2027, questa macrovoce accoglie gli accantonamenti per incentivi funzioni tecniche. Oltre all'importo collegato all'attività ASUGI, è stato inserito l'importo di € 107.102 indicato nella tabella 21, riferito alle gare bandite e da bandire da ARCS per conto di ASUGI, con contrattualizzazione prevista nel 2026.

CONTO ECONOMICO PREVENTIVO DEI PRESIDI OSPEDALIERI

In attuazione della riforma del Servizio Sanitario Regionale introdotta dalla L.R. 27/2018 e dalla L.R. 22/2019, nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria "Giuliano-Isontina" operano i seguenti 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'esercizio 2026 presenta un risultato complessivo in lieve perdita, pari a euro -1.012.433,53. Tale previsione tiene conto degli effetti economici connessi alle attività di recupero delle liste d'attesa, nonché dell'incremento dei costi delle materie prime, con impatti diffusi su numerose voci di bilancio, in particolare sui costi per riscaldamento, utenze, beni sanitari e non sanitari e servizi, che graveranno sull'esercizio 2026 delle strutture ospedaliere.

Il documento è stato redatto nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Azienda Regionale di Coordinamento della Salute (ARCS) con nota prot. n. 0041978 / P / GEN / ARCS del 22 ottobre 2025, avente ad oggetto la "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura della Proposta di Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2026", e delle successive integrazioni, nonché in conformità ai criteri di finanziamento definiti nelle Linee per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale 2026, approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1420 del 17 ottobre 2025.

Per quanto riguarda i costi diretti, la loro valorizzazione è stata effettuata, per la maggior parte dei conti, sulla base delle imputazioni contabili rilevate dalla contabilità analitica dell'anno 2025, opportunamente riviste e proiettate sull'intero esercizio 2026.

I costi del personale sono stati determinati sulla base dei costi effettivi previsti per l'anno 2026 per ciascun presidio ospedaliero, secondo la classificazione prevista dal Conto Economico ministeriale, tenendo conto del personale assegnato, nonché delle procedure di assunzione e cessazione programmate nel corso dell'esercizio.

Con riferimento ai ricavi, sono state attribuite le quote dei contributi regionali e sovra-aziendali sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio-Sanitario Regionale – anno 2026. I contributi sovra-aziendali di competenza ospedaliera sono stati imputati ai singoli presidi unitamente ai relativi costi correlati.

Ai fini della valorizzazione dell'attività di ricovero e ambulatoriale, sono stati adottati i seguenti criteri:

- a) i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate dai presidi ospedalieri aziendali a favore dei residenti dell'ASUGI sono stati valorizzati applicando le tariffe regionali di specialistica ambulatoriale e di ricovero;
- b) i ricavi derivanti dall'attrazione extra-aziendale ed extra-regionale sono stati determinati secondo quanto previsto nelle tabelle allegate al Bilancio Preventivo 2026, trasmesse dall'ARCS con la citata nota del 22 ottobre 2025.

Nelle voci di ricavo relative alle prestazioni di ricovero a favore di cittadini non residenti è stata inserita la valorizzazione reale di previsione per l'anno 2026, calcolata sulla base delle tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012, con il contestuale inserimento, nella voce "Differenziale di mobilità" (colonna I – Costi e Ricavi non ripartiti), della differenza tra la mobilità reale e il ricavo figurativo previsto.

Per quanto concerne le prestazioni ambulatoriali, i ricavi figurativi comprendono le prestazioni valorizzate al lordo del ticket nelle specifiche voci di riferimento.

In materia di disabilità e ai fini della redazione del Bilancio sociale, si è tenuto conto delle attività sociali trasferite in capo all'ASUGI in applicazione della L.R. 16/2022, finanziate mediante risorse del Fondo Sociale Regionale (Missione 12) o risorse sociali dei Comuni. Le previsioni dei costi per il 2026 sono state pertanto

distinte dalle quote di natura sociosanitaria, al fine di consentire la redazione del previsto Bilancio sociale, separato dal Bilancio sanitario, il quale a sua volta prevede la distinzione tra "sanità" e "sanità disabilità", con riferimento alla quota sociosanitaria dei costi e dei ricavi derivanti dall'applicazione della citata L.R. 16/2022.

I valori esposti per l'esercizio 2026 sono il risultato di analisi e valutazioni congiunte condotte nell'ambito delle due aree territoriali, giuliana e isontina, a seguito di un progressivo processo di armonizzazione.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 - PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA 2026

ALLEGATO 2 - PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO 2026-2028

ALLEGATO 3 - BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2026

ALLEGATO 4 - TABELLE BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2026

ALLEGATO 5 - MODELLO CP PREVENTIVO 2026

ALLEGATO 6 – LINEE PROGETTUALI CON NOTE AZIENDALI 2026

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: 30/01/2026 11:01:35

IMPRONTA: 276A5C64D24E1EB8C98A660330213A53CF8DCE1DADC8EFB554F51760D293C262
CF8DCE1DADC8EFB554F51760D293C262647C73F9B769E99882D1B0D191D6D92B
647C73F9B769E99882D1B0D191D6D92B1F86C65C9B8A8ED0BF38F7150D84523C
1F86C65C9B8A8ED0BF38F7150D84523C5B43C1D8003AF6174DCA2B70ED37C269

NOME: DANIELE PITTIONI

CODICE FISCALE: PTTDNL61R10L483B

DATA FIRMA: 30/01/2026 11:03:19

IMPRONTA: 3E69AE0108E7ED561B571E20DD41E9758C21DA1CFC75021A0C6128C444985FE6
8C21DA1CFC75021A0C6128C444985FE62CCA49B2517663917C5F03A2A9DCDB58
2CCA49B2517663917C5F03A2A9DCDB58828CE8E05619388DC69C93B74A0B0C7E
828CE8E05619388DC69C93B74A0B0C7E5EAA3358A789CA46C0E0E4566CE33B53

NOME: GIULIO ANTONINI

CODICE FISCALE: NTNGLI66S23L736J

DATA FIRMA: 30/01/2026 11:14:25

IMPRONTA: A80BD3A1AE16268AEA9E81391844337AEA64E9F3C8CD46F300CD10C2650262BA
EA64E9F3C8CD46F300CD10C2650262BA1E5DD897C6E9E36DC4BC37E60539906B
1E5DD897C6E9E36DC4BC37E60539906B88FD4B69CDAF568720E7AFEA3ED18B8A
88FD4B69CDAF568720E7AFEA3ED18B8A609FC2296020798EACFE0CF399D05C03

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 30/01/2026 11:34:51

IMPRONTA: 3D51086614D371E9D6C5F731C2FCEBE9EC5606A56066832A8E3D0006D0E632BD
EC5606A56066832A8E3D0006D0E632BD63FBEBECFF64A8FCCBCEDC0CCDB56C403
63FBEBECFF64A8FCCBCEDC0CCDB56C4039AA03D3B00FC3A7CF907B7352388F297
9AA03D3B00FC3A7CF907B7352388F297BA24F44B69D437C83B1A3FFED0BEA78C