



**REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA**

**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2026**

# SOMMARIO

SOMMARIO .....	2
PREMESSA .....	9
SCENARIO STRATEGICO E INTRODUZIONE AL DOCUMENTO .....	9
PRIMA PARTE. OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI .....	10
A. PNRR E STANDARD ASSISTENZIALI.....	10
A.1 TARGET PNRR.....	10
A.1.1 Case della Comunità.....	10
A.1.2 Ospedali della Comunità.....	10
A.1.3 Centrale 116117 .....	11
A.2 GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO .....	11
B. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA .....	14
B.1 GOVERNO DELLA DOMANDA E APPROPRIATEZZA .....	15
B.2 CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI .....	16
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini.....	16
B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato .....	17
B.3 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA.....	18
B.3.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.....	18
B.3.2 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica.....	19
B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica .....	21
B.4 ATTIVITÀ DI RICERCA IN CORSO PER LO SVILUPPO DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO .....	22
C. SVILUPPO DELLA RETE ONCOLOGICA .....	23
C.1 ASSETTO ORGANIZZATIVO E DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE .....	23
C.2 RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ CHIRURGICHE ONCOLOGICHE .....	23
C.3 PERCORSI DI CURA.....	23
SECONDA PARTE. LINEE ORDINARIE DI GESTIONE.....	26
1. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA .....	26
1.1 Realizzazione delle attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore .....	26
1.2 Ambiente, clima e salute.....	26
1.3 Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro .....	29
1.3.1 Luoghi di lavoro che promuovono salute .....	29
1.3.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro .....	30
1.3.3 Piano mirato di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro sul rischio da calore .....	30
1.3.4 Prevenzione delle patologie tumorali professionali, dell'apparato muscolo-scheletrico e del	

rischio stress correlato al lavoro.....	31
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive .....	32
1.5 Dipendenze .....	34
1.6 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria .....	35
1.7 Attività di screening non oncologici .....	39
1.8 Prescrizione dell'attività fisica e Screening cardiovascolare.....	40
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni .....	41
1.10 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento.....	42
1.11 Sicurezza negli ambienti di vita.....	43
1.12 Alimentazione, salute e sostenibilità.....	44
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza.....	45
1.14 Programma regionale di odontoiatria pubblica.....	51
1.15 Screening oncologici .....	54
1.15.1 Screening Cervice Uterina.....	55
1.15.2 Screening mammografico.....	56
1.15.3 Screening colon retto.....	57
<b>2. ASSISTENZA TERRITORIALE E SOCIOSANITARIA.....</b>	<b>58</b>
2.1 Attuazione del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 e sviluppo dell'assistenza territoriale – Case e Ospedali della Comunità, Centrali operative territoriali .....	58
2.1.1 Case della Comunità.....	58
2.1.2 Ospedali della Comunità.....	59
2.1.3 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) .....	59
2.2 Altri obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale.....	59
2.3 Medicina di base e attuazione degli accordi regionali integrativi.....	60
2.4 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi .....	60
2.5 Integrazione sociosanitaria (interventi sul sistema).....	63
2.6 Sviluppo del Welfare di comunità.....	64
2.7 Anziani e anziani non autosufficienti.....	66
2.8 Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.....	67
2.9 Assistenza Protesica .....	67
2.10 Minori e famiglie - consultori .....	68
2.11 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo .....	69
2.12 Salute mentale .....	70
2.13 Disabilità.....	71
2.14 Dipendenze .....	73
2.15 Integrazione sanitaria a favore dei minori e giovani adulti con bisogni complessi.....	74
2.16 Inclusione sociale e lavorativa .....	75
2.17 Sanità penitenziaria.....	75
<b>3. ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI.....</b>	<b>75</b>

3.1	Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici .....	76
3.2	Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale.....	76
3.3	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica.....	77
3.4	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi .....	78
3.5	Farmacovigilanza .....	79
3.6	Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica .....	80
3.6.1	Assistenza integrativa.....	85
3.7	Flussi informativi dei dispositivi medici.....	87
3.8	Dispositivo vigilanza.....	88
3.9	Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici .....	89
3.10	Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici .....	90
4.	ASSISTENZA OSPEDALIERA .....	93
4.1	Appropriatezza e efficienza operativa.....	93
4.1.1	Miglioramento appropriatezza del setting nell'attività chirurgica .....	95
4.2	Assistenza materno infantile.....	103
4.3	Rete neonatologica e punti nascita.....	105
4.4	Trapianti e donazioni.....	106
4.5	Piano sangue.....	108
5.	RETI CLINICHE .....	109
5.1	Reti tempo-dipendenti.....	109
5.1.1	Rete emergenza cardiologica .....	109
5.1.2	Rete trauma.....	110
5.1.3	Rete ictus .....	110
5.1.4	Emergenza-urgenza territoriale .....	111
5.2	Gestione dei percorsi delle cronicità .....	112
5.3	Altre reti.....	113
5.3.1	Rete cure palliative .....	113
5.3.2	Rete terapia del dolore .....	116
5.3.3	Rete diabete .....	117
5.3.4	Rete cuore .....	117
5.3.5	Rete gastroenterologica.....	118
5.3.6	Rete reumatologica.....	118
5.3.7	Rete per l'attivita' di nefrologia, dialisi e trapianti di rene .....	118
5.3.8	Rete pneumologica .....	118
5.3.9	Rete senologica .....	119
5.3.10	Rete HPH .....	119
6.	SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY .....	119
6.1	Modello di governance per la gestione ed innovazione dei sistemi informativi del SSR .....	120
6.2	Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi Informativi degli Enti del SSR .....	121

6.3	Conduzione di specifici progetti da parte degli Enti del SSR .....	123
6.4	Definizione del Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA).....	123
6.5	Governance della Cybersicurezza - Cabina di regia per la cybersicurezza in ambito sanitario .....	124
6.6	Governance della Privacy.....	125
6.7	Progetti PNRR di innovazione dei sistemi informativi .....	127
6.7.1	Missione 6 C1 I1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici .....	128
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).....	128
6.7.3	Missione 6 C 2 I1.3.1 – Fascicolo Sanitario Elettronico .....	129
6.7.4	PNRR Missione 1 C2 I3 - Piano Sanità Connessa.....	129
6.7.5	PNRR Missione 6 C1 I1.1 - Case della Comunità (CdC) .....	130
6.8	Altri progetti di innovazione dei sistemi informativi .....	130
6.8.1	Centrali Operative Territoriali (COT) .....	130
6.8.2	Liste di Attesa.....	130
6.8.3	Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA) .....	131
6.8.4	Cartella oncologica (Log80).....	131
6.8.5	Cartella Diabetologica.....	131
6.8.6	Cartella Commissioni Patenti.....	131
6.8.7	Numero Unico Europeo 116117 (NEA).....	132
6.8.8	Cartella Distretto 4.0.....	132
6.9	PACS e sistemi informativi per la gestione dell'imaging biomedicale .....	132
7.	FLUSSI INFORMATIVI .....	133
8.	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	134
8.1	Priorità regionali su carenza del personale sanitario .....	134
8.1.1	Sensibilizzare sulla carenza di personale infermieristico/sanitario .....	138
8.1.2	Retention del personale SSR pubblico.....	138
8.1.3	Rafforzare la visibilità e l'attrattività dei corsi di laurea in infermieristica e della formazione sanitaria specialistica .....	138
8.1.4	Sviluppo delle professioni sanitarie: la promozione del loro ruolo .....	140
8.1.5	Sviluppo professioni sanitarie: configurazione e riconfigurazione organizzativa per la gestione del personale.....	141
8.2	Risultanze delle manovre personale 2024 e 2025 .....	142
8.3	Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali.....	143
8.3.1	Personale amministrativo.....	144
8.3.2	Personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.....	144
8.3.3	Trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende .....	145
8.3.4	Esternalizzazione di servizi .....	145
8.3.5	Reinternalizzazione di servizi .....	145
8.4	Prestazioni aggiuntive.....	145

8.5	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2026-2028 .....	146
8.6	Piano straordinario di verifica degli organici e degli standard del personale.....	147
9.	FORMAZIONE CONTINUA ED ECM.....	147
9.1	Programmazione della formazione.....	147
9.1.1	Piano della Formazione Regionale (PFR) e Piano della Formazione Aziendale (PFA).....	147
9.1.2	La Relazione annuale regionale.....	148
9.2	Iniziative formative prioritarie.....	148
9.2.1	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) .....	148
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.....	150
9.2.3	Conoscenza e utilizzo dell'HTA, o logiche di HTA, da parte dei professionisti che operano all'interno del SSR.....	150
9.3	Iniziative formative regionali strategiche .....	151
9.3.1	Attivazione dei percorsi formativi regionali dedicati all'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) ....	151
9.3.2	Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico-amministrativa .....	151
9.3.3	Formazione operatori sociosanitari (OSS) e assistenti infermieri .....	152
9.3.4	Formazione su Cybersicurezza.....	153
9.4	Centro di formazione per l'assistenza sanitaria – Centro Formazione Regionale ARCS.....	153
9.5	Priorità regionali su organizzazione e gestione.....	154
9.5.1	Revisione del Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia .....	154
9.5.2	Applicativo gestionale per la formazione.....	154
10.	INVESTIMENTI.....	154
10.1	Progettualità PNRR .....	154
10.1.1	Interventi edili impiantistici e per acquisti tecnologici PNRR.....	155
10.1.2	Monitoraggio delle misure PNRR.....	155
10.2	Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID .....	156
10.3	Programmi di finanziamento di investimenti sanitari con fondi statali .....	157
10.4	Finanziamenti per investimenti nel SSR per il triennio 2026-2028.....	159
10.5	Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti.....	159
10.6	Altre disposizioni .....	159
10.6.1	Obblighi di acquisizione di parere della DCS .....	159
10.6.2	Programmazione 2027.....	160
10.6.3	Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti .....	161
10.6.4	Efficientamento della gestione operativa delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto degli Enti del SSR .....	161
10.6.5	Piattaforma unica regionale per il governo tecnico/manutentivo del parco tecnologico biomedicale del SSR .....	162
10.7	Attrizzaggio nuovi padiglioni dell'ospedale di Udine .....	162
10.8	Il ruolo dei Partenariati Pubblico-Privati (PPP) nello sviluppo del sistema sanitario regionale .....	163

<b>11. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ.....</b>	<b>164</b>
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG.....	164
11.2 Accreditamento .....	168
11.2.1 Accreditamento.....	168
11.2.2 Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189.....	171
11.3 Attività centralizzate di ARCS .....	173
11.3.1 Concorsi centralizzati.....	173
11.3.2 Attività di comunicazione per il Servizio Sanitario Regionale.....	175
11.4 Accordi con il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Farmaco .....	177
11.5 Attività di ricerca e innovazione.....	177
11.5.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione .....	177
11.5.2 Promozione del benessere e della salute .....	180
<b>12. LE RISORSE FINANZIARIE .....</b>	<b>183</b>
12.1 Sintesi dei finanziamenti programmati del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente - anno 2026 .....	183
12.2 Fabbisogno sanitario, finanziamento per popolazione e per funzioni e finalizzazioni .....	184
<b>13. LE REGOLE GESTIONALI.....</b>	<b>193</b>
13.1 Vincoli gestionali .....	193
13.1.1 Farmaceutica.....	193
13.1.2 Dispositivi medici .....	194
13.1.3 Prestazioni ambulatoriali .....	195
13.1.4 Contenimento della spesa e spending review .....	195
13.1.5 Risorse umane.....	195
13.1.6 Acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati .....	195
13.2 Regole metodologiche di gestione .....	195
13.2.1 Mobilità intra-regionale.....	195
13.2.2 Terapie geniche di nuova introduzione .....	196
13.2.3 Mobilità extra-regionale.....	196
13.2.4 Mobilità internazionale .....	197
13.2.5 Privati accreditati.....	198
13.2.6 Fondo assicurativo.....	199
13.2.7 Note di accredito .....	199
13.2.8 Misura dell'incremento del tetto massimo del fondo di produttività/risultato.....	199
13.2.9 Circolarizzazione - raccordo tra le scritture contabili degli Enti del SSR e della Regione .....	200
13.2.10 Piattaforma Certificazione Crediti.....	200
13.2.11 Pubblicazione degli atti delle Aziende sanitarie regionali .....	201
13.2.12 Monitoraggio periodico Enti del Servizio sanitario regionale.....	201
13.2.13 Procedimento e termini per l'approvazione dei Piani attuativi degli enti e per il loro consolidamento regionale per l'anno 2026 .....	202

13.2.14  Integrazione sociosanitaria.....	202
14. EROGAZIONI PROVVISORIE 2026.....	203
ABBREVIAZIONI E ACRONIMI UTILIZZATI .....	205

## **PREMESSA**

### **SCENARIO STRATEGICO E INTRODUZIONE AL DOCUMENTO**

Le presenti Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale 2026 forniscono gli indirizzi per la programmazione regionale, quale strumento fondamentale di detta programmazione, ai sensi dell'articolo 47 della LR 22/2019, stabilendo le linee di azione e organizzazione prioritarie del Sistema sanitario regionale. Tali linee programmatiche, che saranno trasfuse nei piani attuativi a livello aziendale, non sono esaustive delle attività e dei servizi da garantire in adempimento della normativa statale e regionale e per assicurare i livelli essenziali di assistenza, nonché di ogni altra attività e funzione finanziata dal bilancio regionale, ma indicano le priorità che la Regione pone nella sua funzione direzionale e definiscono i criteri per la ripartizione del finanziamento regionale, nonché i vincoli e le regole di gestione.

## PRIMA PARTE. OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI

Nell'anno 2026 è 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: infatti, con l'attrezzaggio delle strutture, diventeranno operative le Case della Comunità, centro dell'assistenza di prossimità, nonché gli Ospedali della Comunità, punto di riferimento delle cure intermedie. Operatività vuol dire anche adozione di modelli organizzativi e 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 allevierà la pressione sul setting ospedaliero, riservandolo al trattamento della complessità e dell'acuzie, ma dovrà accompagnarsi, oltre alla valorizzazione di tutto il personale sanitario, al continuo potenziamento dei percorsi assistenziali, sempre più integrati tra ospedale e territorio, equi e soprattutto accessibili, grazie a un miglior governo della domanda, a un maggior utilizzo delle risorse informative e a una miglior gestione delle transizioni tra cura e riabilitazione, e relativi setting. Ciò avrà ricadute positive sia sui tempi di attesa, già in progressivo miglioramento, che sull'affollamento dei pronti soccorso, e non potrà prescindere dall'affinamento delle reti cliniche (tempodipendenti, oncologica, ecc.), che rappresentano un elemento strutturale e consolidato del sistema. Nel 2026 esse sono trattate nella seconda parte del documento, dedicata alle linee ordinarie, a testimonianza della loro progressiva messa a sistema. Per la rete oncologica, in particolare, prosegue il percorso di sviluppo stabilito nel 2025 con la DGR n. 117/2025, che assegna a tale ambito un ruolo rilevante tra gli obiettivi prioritari anche per il 2026. In questo quadro, la centralità dei PDTA – oggi monitorati attraverso indicatori dedicati nel Nuovo Sistema di Garanzia – insieme all'integrazione multiprofessionale e alla gestione in rete della cura e dell'assistenza alla persona, costituisce un riferimento stabile e qualificante per il Servizio sanitario regionale.

### 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, si prosegue nell'attuazione di quanto prevedono gli atti programmati 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 sottoscritto dal Presidente della Regione e dal Ministero della Salute nei tempi previsti e nelle modalità stabilite dall'Unità di Missione.

Per quanto riguarda la parte organizzativa si rimanda al successivo specifico paragrafo 2.1.1.

##### 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 sottoscritto dal Presidente della Regione e dal Ministero della Salute, nei tempi previsti e nelle modalità stabilite dall'Unità di Missione.

### 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 nel corso del 2025 il numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti venga attivato sulla base dell'esperienza maturata da ASUGI. Nel 2026, valutati i risultati della sperimentazione, sarà progressivamente estesa l'attivazione del numero unico 116117 anche sul restante territorio regionale.

In considerazione della programmata attivazione del servizio 116117 e delle nuove funzioni dell'assistenza territoriale previste dal DM 77/2022 — in particolare Centrali Operative Territoriali (COT), Case della Comunità e Ospedali di Comunità — si dà mandato ad ARCS, in raccordo con gli Enti del SSR, di valutare le eventuali necessità di adeguamento del modello organizzativo e dell'articolazione del Sistema di Emergenza-Urgenza regionale e di presentare le sue conseguenti proposte di adeguamento.

## A.2 GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
BERSAGLIO C162.N	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	>= 70%  (valore FVG gen-apr 2025 47,6%)	ASFO	>= 70% (valore gen-apr 2025 42,7%)		
				ASUFC	>= 70% (valore gen-apr 2025 52,5% totale Di cui 87,4% Pediatrico)		
				ASUGI	>= 70% (valore gen-apr 2025 31,4%)		
				BURLO	>= 80% (valore gen-apr 2025 83,9%)		
BERSAGLIO C162.N	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 80%  (valore FVG gen-apr 2025 60,3%)	ASFO	>= 80% (valore gen-apr 2025 66,3% totale di cui 82,3% pediatrico PN)		
				ASUFC	>= 80% (valore gen-apr 2025 60,4% Totale)		
				ASUGI	>= 80% (valore gen-apr 2025 55,9% Totale )		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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 FVG gen-apr 2025 39,1%)	ASFO	>= 70% (valore gen-apr 2025 40,3%)		
				ASUFC	>= 70% (valore gen-apr 2025 41,1% totale 69,68% Pediatrico 37,95% adulti)		
				ASUGI	>= 70% (valore gen-apr 2025 31,3%)		
				BURLO	>= 80% (valore gen-apr 2025 82,4%)		
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 FVG gen-apr 2025 57,2%)	ASFO	>= 80% (valore gen-apr 2025 59,8% totale di cui 82,87% pediatrico PN)		
				ASUFC	>= 80% (valore gen-apr 2025 57,2% Totale)		
				ASUGI	>= 80% (valore gen-apr 2025 55,5% Totale )		
BERSAGLIO D9	Riduzione della percentuali di abbandoni dal Pronto Soccorso (HUB)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso (HUB)	<= 4,2% (valore FVG gen-apr 2025 5,4 %)	ASFO	<=4% (valore gen-apr 2025: 5,1%)		
				ASUFC	<=4% (valore gen-apr 2025: 4,9% Di cui pediatrico UD 1,32%)		
				ASUGI	<=6% (valore gen-apr 2025 8%)		
				BURLO	<=2% (valore gen-apr 2025 1,4%)		
BERSAGLIO D9	Riduzione della percentuali di abbandoni dal Pronto Soccorso (SPOKE)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso (SPOKE)	<= 3,7% (valore FVG gen-apr 2025 5,4%)	ASFO	<=3% (valore gen-apr 2025 4,4% di cui pediatrico PN: 1,2%)		
				ASUFC	<=3% (valore gen-apr 2025 4%)		
				ASUGI	<=5% (valore gen-apr 2025 8,1%)		
A2.a	Fast track geriatrico: valutazione ed eventuale messa a punto	Relazione ed eventuale intervento	Relazione inviata a DCS entro il 30.03.2026 ed eventuale piano di miglioramento elaborato e trasmesso alla DCS entro il 30.06.2026	ASFO	Vedi Target	-	Definizione con le Aziende l'eventuale piano di miglioramento entro 31.07.26

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASFO	Applicazione di almeno due percorsi per ogni azienda applicati in tutti i PS con presa in carico anticipata infermieristica entro il 31.01.2026	Collabo-razione con DCS	Supporto per la definizione di altri percorsi.
				ASUFC	Applicazione di almeno due percorsi per ogni azienda applicati in tutti i PS con presa in carico anticipata infermieristica entro il 31.01.2026		
				ASUGI	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.b.2		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	ASFO	Trasmissione alla DCS della Relazione di valutazione richiesta entro il 30.06.2026		
				ASUFC	Trasmissione alla DCS della Relazione di valutazione richiesta entro il 30.06.2026		
				ASUGI	Trasmissione alla DCS della Relazione di valutazione richiesta entro il 30.06.2026		

Sempre al fine di contribuire alla gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso e dell'OBI, nell'anno 2026 si prosegue nelle seguenti azioni già avviate nell'anno 2025:

1. le SOC di medicina di tutti i presidi/stabilimenti ospedalieri garantiscono giornalmente dal lunedì al sabato almeno una dimissione ogni 10 posti letto ordinari attivi e garantiscono almeno altrettanti accoglimenti da PS;
2. le RSA garantiscono giornalmente dal lunedì al sabato almeno una dimissione ogni 20 posti letto disponibili e contemporaneamente garantiscono uguale numero di ammissioni in struttura dal lunedì al sabato per pazienti provenienti da presidi/stabilimenti ospedalieri.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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 ed entro il 30.06 della proposta di interventi aziendali di miglioramento	ASFO	Trasmissione alla DCS ed ad ARCS entro il 30/03 relazione ed entro il 30/06 Piano	Produzione relazione entro 15.04.2026	Definizione con le Aziende dell'eventuale piano di miglioramento entro 31.07.26
				ASUFC			
				ASUGI			

## B. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

La gestione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie costituisce da anni una priorità strategica per il Servizio Sanitario Regionale, in linea con gli indirizzi nazionali e con il principio di equità nell'accesso alle cure.

L'evoluzione normativa più recente, rappresentata dal decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, ha rafforzato il quadro di riferimento, introducendo misure urgenti e strutturali per aumentare l'efficienza del SSN nel recupero delle liste di attesa.

In tale contesto, si inserisce la realizzazione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, prevista dall'articolo 1 del D.L. 73/2024 e gestita da AGENAS, che prevede l'interoperabilità con le piattaforme regionali per le liste di attesa, per assicurare l'efficacia e l'uniformità del monitoraggio a livello nazionale, così da avere un quadro puntuale e reale dei tempi di attesa delle prestazioni su tutto il territorio italiano, e l'istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, alle dirette dipendenze del Ministro della Salute, con il compito di verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione. A garanzia dell'effettiva attuazione delle misure previste, il decreto-legge 73/2024 ha previsto, all'articolo 2, comma 6, l'intervento sostitutivo da parte dell'Organismo nazionale di verifica e controllo, che può subentrare alle Regioni inadempienti, anche parzialmente, nell'esercizio delle funzioni necessarie al soddisfacimento delle esigenze di cura dei cittadini. Così come previsto dall'articolo 2, comma 5, del decreto, nel 2024, è stata istituita l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa della regione, presieduta e coordinata dall'Assessore regionale alla salute, politiche sociali e disabilità, ed è stato individuato il Responsabile Unico Regionale per l'Assistenza Sanitaria (RUAS), nella figura del Direttore dell'Unità Operativa Specialistica di bilancio e coordinamento strategico della DCS. Al RUAS sono attribuite funzioni di controllo, coordinamento e verifica dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di gestione delle liste di attesa, nonché la responsabilità del rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e della redazione trimestrale dei rapporti di monitoraggio da trasmettere all'Organismo di verifica e controllo istituito presso il Ministero della Salute, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. A supporto del RUAS, da maggio 2025, sono operativi il Tavolo Tecnico di Lavoro (TTL) per la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e il TTL per la gestione dei tempi di arresa delle prestazioni di ricovero, composti da referenti individuati da ciascun Ente del SSR e da INSIEL – Sanità Digitale, fra i professionisti con competenze specifiche nell'ambito della gestione delle prestazioni sanitarie e degli interventi finalizzati al contenimento dei tempi di attesa e con esperienza di sistemi coinvolti nella gestione delle liste di attesa e dei flussi informativi. I componenti dei TTL svolgono una funzione di ponte tra il RUAS e le aziende sanitarie e hanno il compito fondamentale di trasferire alle aziende le decisioni assunte dal TTL, monitorarne l'attuazione a livello aziendale e riportare al TTL eventuali osservazioni raccolte all'interno delle strutture, contribuendo così a un processo di miglioramento continuo.

Nella definizione del Programma Attuativo Aziendale sul contenimento delle liste di attesa (ex DGR n. 1815/2019), gli Enti, oltre agli ordinari strumenti organizzativi e gestionali, possono ricorrere alle prestazioni aggiuntive ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della l.r. n. 13/2024, anche in deroga ai relativi limiti di spesa nazionali, fermo restando il rispetto del tetto di spesa complessivo per il personale previsto per ciascun ente dalla programmazione regionale e nel rispetto dei criteri di sostenibilità economica e invarianza finanziaria.

Le eventuali quote residue dei finanziamenti finalizzati assegnati con DGR 2052/2024 potranno essere utilizzate nel 2026 per le medesime finalità, in coerenza con le priorità individuate dagli Enti del SSR per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero oggetto di monitoraggio AGENAS e PNGLA. Per l'utilizzo di tali quote residue le modalità organizzative ammesse comprendono l'acquisto di prestazioni aggiuntive, l'assunzione di personale a tempo determinato e la copertura delle commesse affidate a strutture private accreditate per prestazioni critiche, ai sensi dell'art. 6 dell'Accordo 2026-2029 approvato con DGR 1236/2025 e nei limiti di budget

definiti dall'art. 4.

## **Accordo triennale fra Regione Friuli Venezia Giulia e Strutture private accreditate per le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale**

Il nuovo 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 quadro operativo finalizzato a rafforzare l'integrazione programmata tra offerta pubblica e privata, con l'obiettivo prioritario di contribuire al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie. Ai sensi dell'art. 6, comma 6 dell'Accordo, le Aziende sanitarie sono tenute a destinare una quota vincolata del budget assegnato all'erogazione di prestazioni critiche, individuate annualmente dalla DCS in base ai fabbisogni assistenziali e agli indicatori di pressione sulle liste d'attesa. Tale vincolo rappresenta uno 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 demandata alle Aziende sanitarie, in raccordo con la DCS, al fine di 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 e in ottemperanza a quanto già previsto dalle delibere della Giunta regionale (d.g.r. n. 2052 del 30.12.2024, al punto C.1 *Governo della domanda e appropriatezza* (RAO), del documento Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2025 approvato, e precedente d.g.r. n. 1815 del 25.10.2019, al punto 4.4-*Raggruppamenti di attesa omogenei* (RAO), del documento Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021 approvato) gli Enti hanno proseguito 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

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.a	Utilizzo RAO	Relazione e proposte di interventi di miglioramento	Relazione sui risultati ottenuti e proposte per interventi di miglioramento	ASFO	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	Collaborazione con DCS	Definizione di interventi e indirizzi regionali per il miglioramento entro 30.06.2026
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
B.1.b		% utilizzo "Altro" % Valutazione concordanza	a decorrere dal 01.05.2026 Altro <= 20% Valutazione concordanza >= 90%	ASFO	Vedi Target	Monitoraggio e report a luglio a DCS	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

## 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 approvate dal TTL per la gestione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si pone un intervento strutturato e multidimensionale, volto a migliorare l'accesso alle prestazioni di diagnostica per immagini. La proposta non si limita al potenziamento dell'offerta, ma adotta un approccio sistematico che considera l'intera linea di produzione, che si prefigge di 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
- Appropriatezza prescrittiva
- 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
B.2.1.a	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	Trasmissione a DCS del report relativo all'analisi	Entro il 31.01.2026	ARCS	Entro il 31.01.2026		
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	ASFO	Entro il 31.03.2026	Supporta gli Enti nella raccolta delle informazioni richieste dalla ricognizione	
				ASUFC	Entro il 31.03.2026		
				ASUGI	Entro il 31.03.2026		
				BURLO	Entro il 31.03.2026		
				CRO	Entro il 31.03.2026		
B.2.1.c	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	Catchment index delle prestazioni del panier Agenas incluse nel progetto (2° semestre)	+ 10%	ASFO	+ 10%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	+ 10%		
				ASUGI	+ 10%		
				BURLO	+ 10%		
				CRO	+ 10%		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
B2.1.d	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del panier Agenas prescritte in classe di priorità B garantite entro i tempi (2° semestre)	$+ 20\% \text{ se dato 1° trimestre} \leq 50\%$ $+ 15\% \text{ se dato 1° trimestre} > 50\% \text{ e} \leq 70\%,$ $+10\% (\text{o fino al} 90\%) \text{ se dato 1° trimestre} > 70\%$	ASFO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				ASUGI	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				BURLO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				CRO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
B2.1.e	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del panier Agenas incluse nel progetto prescritte in classe di priorità D garantite entro i tempi (2° semestre)	$+ 20\% \text{ se dato 1° trimestre} \leq 50\%$ $+ 15\% \text{ se dato 1° trimestre} > 50\% \text{ e} \leq 70\%,$ $+10\% (\text{o fino al} 90\%) \text{ se dato 1° trimestre} > 70\%$	ASFO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				ASUGI	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				BURLO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				CRO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
B2.1.f	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del panier Agenas incluse nel progetto prescritte in classe di priorità P garantite entro i tempi (2° semestre)	$+ 20\% \text{ se dato 1° trimestre} \leq 50\%$ $+ 15\% \text{ se dato 1° trimestre} > 50\% \text{ e} \leq 70\%,$ $+10\% (\text{o fino al} 90\%) \text{ se dato 1° trimestre} > 70\%$	ASFO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				ASUGI	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				BURLO	Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026		
				CRO	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 delle aziende sanitarie un impegno concreto e sfidante, volto a migliorare la programmazione delle attività e a rendere più efficiente l'organizzazione interna. Un contributo rilevante può derivare dalla valorizzazione e dal coordinamento di tutte le risorse disponibili sul territorio aziendale, con un coerente coinvolgimento delle strutture private accreditate. L'obiettivo finale è assicurare ai cittadini percorsi di cura tempestivi, appropriati e omogenei su scala regionale.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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 di analisi trasmesso a DCS	ASFO	Entro il 31.1.2026		
				ASUFC	Entro il 31.1.2026		
				ASUGI	Entro il 31.1.2026		
				BURLO	Entro il 31.1.2026		
				CRO	Entro il 31.1.2026		
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)	Piano di recupero definito e trasmesso alla DCS entro il 31.3.2026	ASFO	Entro il 31.3.2026		
				ASUFC	Entro il 31.3.2026		
				ASUGI	Entro il 31.3.2026		
				BURLO	Entro il 31.3.2026		
				CRO	Entro il 31.3.2026		
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	Piano di interventi trasmesso alla DCS entro il 30.6.2026	ASFO	Entro il 30.6.2026		
				ASUFC	Entro il 30.6.2026		
				ASUGI	Entro il 30.6.2026		
				BURLO	Entro il 30.6.2026		
				CRO	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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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%	ASFO	>=90%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
				BURLO	>=90%		
				CRO	>=90%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
LEA NSCD11Z	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 B in rapporto al totale di prestazioni di classe D – monitoraggio ex post (residenti FVG)	>=90%	ASFO	>=90%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
				BURLO	>=90%		
				CRO	>=90%		

### B.3.2 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
BERSAGLIO C104.7	Tumore alla Mammella Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%  (valore FVG 2024 82,39 Valore gen-apr2025 94,20%)	ASFO	>= 90% (valore2024 91,14 Valore gen-apr2025 95,38%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 78,28 Valore gen-apr2025 91,44%)		
				ASUGI	>= 90% (valore2024 76,87 Valore gen-apr2025 93,75%)		
				CRO	>= 90% (valore2024 92,74 Valore gen-apr2025 98,71%)		
BERSAGLIO C104.8	Tumore alla Prostata Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%  (valore FVG 2024 61,90% Valore gen-apr2025, 86,67%)	ASFO	>= 90% (valore2024 53,31% Valore gen-apr2025 72,73%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 58,82% Valore gen-apr2025 100%)		
				ASUGI	>= 90% (valore2024 86,21% Valore gen-apr2025 100%)		
BERSAGLIO C104.9	Tumore al Colon Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%  (valore FVG 2024 85,15% Valore gen-apr2025: 88,46%)	ASFO	>= 90% (valore2024 77,11% Valore gen-apr2025 90%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 92,98% Valore gen-apr2025 88,46%)		
				ASUGI	>= 90% (valore2024 76,47% Valore gen-apr2025 86,36%)		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
				CRO	>= 90% (valore2024 96,77% Valore gen-apr2025 90%)		
BERSAGLIO C104.10	Tumore al Retto Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG 2024 80,95% Valore gen-apr2025 91,43%)	ASFO	>= 90% (valore2024 72,22% Valore gen-apr2025 75%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 94,23% Valore gen-apr2025 94,74%)		
				ASUGI	>= 90% (valore2024 64,10% Valore gen-apr2025 83,33%)		
				CRO	>= 90% (valore2024 88,24% Valore gen-apr2025 100%)		
				ASFO	>= 90% (valore2024 53,13% Valore gen-apr2025 66,67%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 97,58% Valore gen-apr2025 97,62%)		
BERSAGLIO C104.11	Tumore al Polmone Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG 2024 88,85% Valore gen-apr2025 93,68%)	ASUGI	>= 90% (valore2024 89,38% Valore gen-apr2025 97,50%)		
				ASFO	>= 90% (valore2024 84,91% Valore gen-apr2025 87,50%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 94,3% Valore gen-apr2025 89,58%)		
				ASUGI	>=90% (valore2024 90% Valore gen-apr2025 100%)		
				BURLO	>= 90% (valore2024 94,8% Valore gen-apr2025 88%)		
				CRO	>= 90% (valore2024 94,4% Valore gen-apr2025 100%)		
BERSAGLIO C104.12	Tumore all'Utero Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG 92,7%2024 Valore gen-apr2025 91,51 %)	ASFO	>= 90% (valore2024 94,3% Valore gen-apr2025 89,58%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 90% Valore gen-apr2025 100%)		
				ASUGI	>= 90% (valore2024 94,8% Valore gen-apr2025 88%)		
				BURLO	>= 90% (valore2024 94,4% Valore gen-apr2025 100%)		
				CRO	>= 90% (valore2024 94,4% Valore gen-apr2025 100%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
BERSAGLIO C10.4.13	Melanoma Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG 2024 83,07% Valore gen-apr2025, 90,10%)	ASFO	>= 90% (valore2024 82,19% Valore gen-apr2025 81,81%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 83,19% Valore gen-apr2025 90,53%)		
				ASUGI	>= 90% (valore2024 87,04% Valore gen-apr2025 88%)		
				CRO	>= 90% (valore2024 80,82% Valore gen-apr2025 100%)		
BERSAGLIO C10.4.14	Tumore maligno alla Tiroide Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG 2024: 69,77% Valore gen-apr2025:84,2 1%)	ASFO	>= 90% (valore2024 62,79% Valore gen-apr2025 57,89%)		
				ASUFC	>= 90% (valore2024 71,43% Valore gen-apr2025 100%)		
				ASUGI	>= 90% (valore2024 70,59% Valore gen-apr2025 94,74%)		

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

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.3.3.a	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG 2024 75,57% Valore gen-apr2025, 77,97%)	ASFO	>=90% (valore2024 92,47% Valore gen-apr2025 88,33%)		
				ASUFC	>=90% (valore2024 66,59% Valore gen-apr2025 75,06%)		
				ASUGI	>=90% (valore2024 82,08% Valore gen-apr2025 74,74%)		
				BURLO	>=90% (valore2024 87,23% Valore gen-apr2025 70,59%)		
B.3.3.b	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG 2024 58,43% Valore gen-apr2025: 55,19 %)	ASFO	>=90% (valore2024 67,70% Valore gen-apr2025 58,35%)		
				ASUFC	>=90% (valore2024 46,72% Valore gen-apr2025 51,26%)		
				ASUGI	>=90% (valore2024 68,18% Valore gen-apr2025 56,72%)		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
				BURLO	>=90% (valore2024 76,92% Valore gen-apr2025 87,50%)		
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 FVG 2024: 65,37% Valore gen-apr2025, 64,61%)	ASFO	>=90% (valore2024 56,17% Valore gen-apr2025 56,46%)		
				ASUFC	>=90% (valore2024 63,99% Valore gen-apr2025:65,15 %)		
				ASUGI	>=90% (valore2024 76,19% Valore gen-apr2025:71,79 %)		
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 FVG 2024: 88,63% Valore gen-apr2025: 87,50%)	ASFO	>=90% (valore2024 86,18% Valore gen-apr2025 85,71%)		
				ASUFC	>=90% (valore2024 92,10% Valore gen-apr2025 86,73%)		
				ASUGI	>=90% (valore2024 85,25% Valore gen-apr2025 89,11%)		

#### **B.4 ATTIVITÀ DI RICERCA IN CORSO PER LO SVILUPPO DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO**

La Regione Friuli Venezia Giulia persegue nella partecipazione, assieme a numerose altre regioni, ad uno specifico Gruppo di lavoro, coordinato dall'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, che collabora con gli Uffici del Ministero della Salute all'analisi tecnica e operativa delle attività di gestione delle liste di attesa e di quelle funzionali alla gestione del percorso peri e intra -operatorio del paziente chirurgico in elezione. Le attività avviate da tale Gruppo di lavoro sono indirizzate ora all'avvio ad una sperimentale attività di ricerca osservazionale retrospettiva finalizzata a migliorare l'analisi dei processi di gestione nelle sale operatorie delle attività interventistiche chirurgiche programmate da parte degli enti sanitari pubblici regionali, studio basato sull'analisi dei dati rilevabili dai registri operatori. Tale attività di ricerca sperimentale è funzionale a migliorare l'attuazione di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 2020 ed si pone in collegamento e sviluppo con il primario Progetto di ricerca nazionale promosso dal Ministero della Salute e denominato "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati". Le finalità dell'attività di ricerca in corso sono quelle di migliorare l'analisi dei processi di gestione da parte degli enti sanitari pubblici regionali delle attività interventistiche chirurgiche programmate nelle sale operatorie, approfondendo l'analisi della capacità produttiva e delle performance dei complessi operatori delle aziende pubbliche. Tale attività di ricerca viene ora formalmente svolta nell'ambito dello studio osservazionale retrospettivo denominato "ReOp - Flusso informativo registro operatorio per i ricoveri chirurgici programmati", studio che, per quanto riguarda la Regione Friuli Venezia Giulia, vede la partecipazione dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, che svolge tale attività di ricerca presso il "Presidio ospedaliero Santa Maria degli Angeli" di Pordenone. All'avvio operativo, programmato per l'ultimo trimestre dell'anno 2025, delle attività di raccolta dei dati relativi alle attività svolte nelle sale operatorie seguiranno nell'anno 2026 l'analisi dei dati da parte del Gruppo di lavoro nazionale con l'elaborazione e proposizione di possibili interventi di sviluppo e miglioramento delle attività.

## C. SVILUPPO DELLA RETE ONCOLOGICA

Nel corso del 2026 l'obiettivo generale del SSR sarà dare piena attuazione ai piani di riorganizzazione dell'attività di oncologia elaborati nell'anno 2025 e approvati dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) ad esito delle negoziazioni svolte tra i singoli Enti e il Coordinamento della Rete Oncologica Regionale (ROR). Ogni Ente sarà chiamato a mettere in atto le azioni previste dai rispettivi piani, secondo i tempi stabiliti. Parallelamente, ARCS realizzerà una ricognizione delle risorse umane e tecnologiche disponibili presso le strutture coinvolte, così da individuare eventuali azioni di riequilibrio tra le diverse aree geografiche e ridurre le disuguaglianze di accesso e trattamento. Sempre nel 2026 saranno inoltre sviluppati i PDTA aziendali per i tumori del colon, del retto, della prostata, dell'ovaio e dell'utero, insieme ai 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.

### C.1 ASSETTO ORGANIZZATIVO E DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	cod. ob.
C.1.a	Ricognizione risorse umane e strutturali delle strutture che afferiscono alla rete oncologica	Trasmissione a DCS del documento di ricognizione e delle relative proposte di riequilibrio	Entro il 30.09.2026	ARCS	Entro il 30.09.2026		

### C.2 RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ CHIRURGICHE ONCOLOGICHE

Gli Enti sanitari hanno proceduto nel corso dell'anno 2025 a dare attuazione al Piano della rete oncologica regionale FVG 2025-2027 approvato con DGR n. 117 del 31 gennaio 2025 anche relativamente alle attività di riorganizzazione della propria attività chirurgica, secondo il percorso metodologico definito dal Piano per l'adozione delle decisioni, caratterizzato dalle seguenti fasi:

- predisposizione di un piano di fattibilità da parte delle Direzioni strategiche, dopo valutazione interna al contesto aziendale, rispetto agli obiettivi del Piano di rete;
- negoziazione tra Direzioni strategiche e Coordinamento della ROR FVG svolta entro il 30.4.2025 su tempi e percorsi di attuazione del piano complessivo di concentrazione delle attività;
- approvazione, con Decreto DG ARCS n. 87/2025, del piano delle attività previste dalle Aziende e IRCCS.

Gli Enti sanitari nel corso dell'anno 2026 sono, quindi, tenuti a dare applicazione, anche per mezzo di accordi interaziendali laddove necessario, alla riorganizzazione secondo i piani aziendali come sopra adottati e approvati.

### C.3 PERCORSI DI CURA

Di seguito sono riportati gli obiettivi relativi alla progettazione ed implementazione dei PDTA aziendali e dei PDTA regionali indicati nel vigente Piano della Rete oncologica Regionale FVG 2025-2027 approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 117 del 31 gennaio 2025.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	Entro il 31.12.2026	ASFO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia del colon entro il 31.12.2026 con applicazione ad almeno tre pazienti		
				ASUFC	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia del colon entro il 31.12.2026 con applicazione ad almeno tre pazienti		
				ASUGI	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia del colon entro il 31.12.2026 con applicazione ad almeno tre pazienti		
				CRO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia del colon entro il 31.12.2026 con applicazione ad almeno tre pazienti		
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	Entro il 31.12.2026	ASFO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia del retto entro il 31.12.2026		
				ASUFC	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia del retto entro il 31.12.2026		
				ASUGI	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia del retto entro il 31.12.2026		
				CRO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia del retto entro il 31.12.2026		
C.3.c	Progettazione e l'implementazione del PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia della PROSTATA	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia della prostata	Entro il 31.12.2026	ASFO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia della prostata entro il 31.12.2026		
				ASUFC	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia della prostata entro il 31.12.2026		
				ASUGI	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia della prostata entro il 31.12.2026		
				CRO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia della prostata entro il 31.12.2026		
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	Entro il 31.12.2026	ASFO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio entro il 31.12.2026		
				ASUFC	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio entro il 31.12.2026		
				ASUGI	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio entro il 31.12.2026		
				CRO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio entro il 31.12.2026		
				BURLO	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio entro il 31.12.2026		
C.3.e	Progettazione e l'implementazione dei PDTA	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia	Entro il 31.12.2026	ASFO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia dell'utero entro il 31.12.2026		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
C.3.f	AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	dell'utero		ASUFC	Adozione del PDTA aziendale del paziente affetto da neoplasia dell'utero entro il 31.12.2026		
				ASUGI	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'utero entro il 31.12.2026		
				CRO	Adozione del PDTA unico ASFO-CRO del paziente affetto da neoplasia dell'utero entro il 31.12.2026		
				BURLO	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'utero entro il 31.12.2026		
	Completa- mento della progettazione dei PDTA regionali dei pazienti affetti da epatocarcino- ma, da tumori del pancreas e vie biliari, del sistema nervoso centrale, dell'esofago e giunzione esofago- gastrica, del polmone	Proposta alla DCS del PDTA del Paziente affetto da tumore del <b>PANCREAS E VIE BILIARI</b>	Entro il 31.12.2026	ARCS	Entro il 31.12.2026		
		Proposta alla DCS del PDTA del Paziente affetto da tumore del <b>SISTEMA NERVOSO CENTRALE</b>	Entro il 31.12.2026	ARCS	Entro il 31.12.2026		
		Proposta alla DCS del PDTA del Paziente affetto da tumore dell' <b>ESOFAGO E GIUNZIONE ESOFAGO- GASTRICA</b>	Entro il 31.12.2026	ARCS	Entro il 31.12.2026		
		Proposta alla DCS del PDTA del Paziente affetto da <b>EPATOCARCINOMA</b>	Entro il 31.12.2026	ARCS	Entro il 31.12.2026		
		Proposta alla DCS delle Linee guida e indirizzi per i PDTA aziendali per il Paziente affetto da <b>tumore POLMONARE</b>	Entro il 31.08.2026	ARCS	Entro il 31.08.2026		

## SECONDA PARTE. 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. Arcs effettua dei monitoraggi semestrali degli indicatori previsti dai piani sopra citati. 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.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.a	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani di prevenzione	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%	Tutte le Aziende	100%		Coordinamento e monitoraggio
1.1.b	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani pandemici	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%	Tutte le Aziende	100%	Coordinamento e monitoraggio	
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.	Adozione o revisione del Piano aziendale e territoriale per le emergenze da calore	Adozione o revisione del Piano entro il 30 maggio 2026	ASFO	1 Piano aziendale e territoriale		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	1 Piano aziendale e territoriale		
				ASUGI	1 Piano aziendale e territoriale		
				CRO	1 Piano aziendale		
				BURLO	1 Piano aziendale		

#### 1.2 Ambiente, clima e salute

Il processo di elaborazione e stesura del nuovo Piano nazionale della Prevenzione per il periodo 2026–2031 è al momento ancora in corso. E' 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 dalle Regioni e dalle Province Autonome 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 contempo sono state avviate/rafforzate anche iniziative di collaborazione tra Direzione centrale salute/Aziende sanitarie regionali e ARPA FVG per l'implementazione di specifici progetti intersettoriali sui temi dell'esposizione prolungata al caldo, specialmente durante le ondate di calore, dell'esposizione al gas radon naturale, dell'esposizione alla radiazione solare UV e dell'epidemiologia ambientale.

Da evidenziare che nell'anno in corso 2025 sono stati attivati dalla Regione i primi tavoli tecnici tematici per la definizione del Piano regionale di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici. La Regione inoltre sta ancora lavorando alla revisione del Piano del Governo del Territorio (PGT), con l'obiettivo di integrare una variante che tenga conto della rigenerazione urbana e della sostenibilità ambientale. In entrambi i casi si tratta di temi strettamente interconnessi ad alcune linee di lavoro del PP9 che finora non avevano ancora trovato piena implementazione da parte delle Aziende sanitarie ritenendo fondamentale che fosse avviata in primis una modalità operativa intersetoriale, trasversale e coordinata tra i diversi ambiti coinvolti.

Ne consegue che 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 intersetoriale 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 delle Aziende sanitarie 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 Po8Z.

Le attività di controllo proseguiranno anche in sinergia e integrazione su specifiche matrici (es. fitosanitari, cosmetici non allo stato di prodotti finiti, ecc.), ambiti (es. igiene in ambienti di vita, luoghi di lavoro, ecc.) ed altre autorità (es. accessi contestuali alle verifiche ispettive AIA svolte da ARPA-FVG, laboratorio ARPA-FVG, supporto su richiesta motivata USMAF, ADM).

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 di ogni Azienda Sanitaria della Regione, assegnando, nei casi di superamento del valore di 300.000 abitanti, un fattore moltiplicativo di 1,1 (10%) se > 300.000 abitanti, un fattore moltiplicativo di 1,2 (20%) se > 400.000 abitanti, un fattore moltiplicativo di 1,3 (30%) se > 500.000 abitanti<sup>1</sup>. Al netto del fattore moltiplicativo, i valori espressi in tabella trovano riscontro anche nell'andamento delle pregresse annuali programmazioni e rendicontazioni che ogni Azienda Sanitaria ha elaborato.

Anche per la quantificazione dei controlli sui prodotti biocidi si tiene conto della popolazione che insiste sul territorio di competenza di ogni Azienda Sanitaria della Regione applicando lo stesso fattore moltiplicativo adottato per REACH e CLP.

---

<sup>1</sup> [https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/04/Censimento-permanente-popolazione\\_Anno-2023\\_FVG.pdf](https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/04/Censimento-permanente-popolazione_Anno-2023_FVG.pdf).

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASFO	>=10		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=10		
				ASUGI	>=10		
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 (FVGgreen, 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	ASFO	>=90		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=90		
				ASUGI	>=90		
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	ASFO 16+10% ASUFC 24+30% ASUGI 16+10%	ASFO >= 18  ASUFC >= 31  ASUGI >= 18			Coordinamento e monitoraggio
1.2.c.2		Numero di controlli su prodotto	AsFO 32+10% ASUFC 48+30% ASUGI 32+10%	ASFO >= 35  ASUFC >= 62  ASUGI >= 35			
1.2.d	Garantire la partecipazione in presenza al training for trainers nazionale REACH-CLP	Numero di partecipanti per azienda	Almeno 1 ispettore REACH-CLP	ASFO >= 1  ASUFC >= 1  ASUGI >= 1			
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	AsFO 2+10% ASUFC 3+30% ASUFC 2+10%	ASFO >=2  ASUFC >=4  ASUGI >=2			Coordinamento e monitoraggio
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	ASFO >=2  ASUFC >=2  ASUGI >=2			
1.2.g	Garantire l’implementazione del sistema informativo AnTeA, secondo le richiesta che perverranno dal CeNSiA, relativamente alle filiere idropotabili presenti sul territorio.	Evidenza trasmissione dati		ASFO 100%  ASUFC 100%  ASUGI 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://rethewhp.sanita.fvg.it/it/>. Le aziende sanitarie, inoltre, assicureranno la partecipazione agli eventi formativi volti ad implementare la rete WHP.

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

Si promuoverà l'adozione di interventi finalizzati all'adozione di stili di vita consapevoli a supporto del benessere psicofisico oltre che di azioni finalizzate al benessere organizzativo in base agli standard delle due reti di riferimento Workplace Health Promotion e Health Promoting Hospitals & Health Services, tenendo conto delle differenze fra i contesti lavorativi extra sanitari e sanitari e in particolare della complessità che il SSN sta vivendo ([https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2024/06/HPH\\_Policy-Brief\\_Healthy-Workforce\\_2024.pdf](https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2024/06/HPH_Policy-Brief_Healthy-Workforce_2024.pdf)).

Le Aziende/Ircs parteciperanno 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 da parte delle aziende ed enti sanitari.

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

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

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.3.1.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%	ASFO	% imprese => 20%		Coordina- mento e monitorag- gio
				ASUFC			
				ASUGI			
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%	ASFO	% aziende sanitarie => 90%	Coordina- mento e monitorag- gio	
				ASUFC			
				ASUGI			

### 1.3.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro

Il mancato avvio dei lavori di redazione del Piano Nazionale della Prevenzione rende incerto lo scenario in cui le SOC PSAL persegiranno gli specifici obiettivi di prevenzione, pertanto 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.

In continuità con la programmazione precedente, le Strutture di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro svolgeranno attività di vigilanza, concentrate nei settori a maggior rischio infortunistico dell'edilizia e dell'agricoltura e 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, quindi le Aziende Sanitarie dovranno elaborare ognuna almeno un piano mirato di prevenzione degli infortuni che tenga conto delle caratteristiche produttive e territoriali locali e un piano mirato a carattere regionale che possano essere successivamente sviluppati e recepiti nel nuovo Piano regionale della Prevenzione.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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	4 PMP	ASFO	1 PMP locale e 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		Coordina- mento e monitora- ggio
				ASUFC	1 PMP locale e 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		
				ASUGI	1 PMP locale e 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		
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 Cantieri ispezionati >= al 12% dei cantieri notificati o in numero pari a quanti vigilati nel 2024 più 10%	5% delle imprese secondo Flussi INAIL Regioni  12% cantieri notificati	ASFO	Imprese >=650 Cantieri >=407		Coordina- mento e monitora- ggio
				ASUFC	Imprese >=1191 Cantieri >=457		
				ASUGI	Imprese >=731 Cantieri >= 288		

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

Le Aziende Sanitarie dovranno elaborare almeno un piano mirato di prevenzione, che potrà essere declinato a livello locale/territoriale o regionale, 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 nel contesto regionale 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.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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	3 PMP	ASFO	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		Coordina- mento e monitora- ggio

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
				ASUFC	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		
				ASUGI	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**

Le aziende, attraverso i Gruppi di lavoro già consolidati, dovranno predisporre dei Piani mirati di prevenzione o 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. Ai Gruppi di lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione sarà assicurata la partecipazione della UCO Medicina del Lavoro dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.

<b>od. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
1.34.a	Redazione di proposta progettuale o di PMP sul rischio stress lavoro correlato	Redazione progetto o PMP	1 progetto o PMP	ASFO	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		Coordina- mento e monitoraggio
				ASUFC	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		
				ASUGI	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		
1.34.b	Redazione di proposta progettuale o di PMP sul rischio ergonomico	Redazione progetto o PMP	1 progetto o PMP	ASFO	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		Coordina- mento e monitoraggio
				ASUFC	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		
				ASUGI	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		
1.34.c	Redazione di proposta progettuale o di PMP sul rischio da esposizione a cancerogeni e reprotoxici	Redazione progetto o PMP	1 progetto o PMP	ASFO	1 PMP locale o 1 PMP regionale (condiviso con altre AA.SS.)		Coordina- mento e monitoraggio
				ASUFC	1 progetto o PMP		
				ASUGI	1 progetto o PMP		

## 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.

Le Aziende sanitarie garantiranno:

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

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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%	ASFO	>=10%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	>=10%		
				ASUGI	>=10%		
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 su casi osservati	ASFO	100% segnalazioni	Monito-raggio	
				ASUFC	Evidenza documentale delle azioni di coordinamento e 100% di segnalazioni		
				ASUGI	100% segnalazioni		
LEA NSG P01C	Migliorare la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	> 95% (valore 2022 FVG 2022 93,17%)	ASFO	> 95% (valore 2022 94,43%)	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 93,01%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 92,22%)		
LEA NSG P02C	Migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	> 95% (valore 2022 FVG 2022 91,46%)	ASFO	> 95% (valore 2022 93,43%)	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 91,01%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 90,27%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
LEA NSG P03C	Migliorare la copertura vaccinale anti-pneumococcica	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	> 95% (valore FVG 2022 89,68%)	ASFO	> 95% (valore 2022 91,56%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 90,24%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 87,19%)		
LEA NSG P04C	Migliorare la copertura vaccinale anti-meningococcica C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	> 95% (valore FVG 2022 86,48%)	ASFO	> 95% (valore 2022 89,87%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 85,59%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 84,57%)		
LEA NSG P05C	Migliorare la copertura vaccinale anti-HPV	Copertura vaccinale anti-HPV Prima dose maschi e femmine nella coorte di nascita 2014.	> 75% (valore FVG 2022 19,46%)	ASFO	> 75% (valore 2022 0,20%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 75% (valore 2022 28,02%)		
				ASUGI	> 75% (valore 2022 25,85%)		
LEA NSG P06C	Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	> 60% (valore FVG campagna 2022 54,17%)	ASFO	> 60% (valore 2022 58,26%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 60% (valore 2022 54,21%)		
				ASUGI	> 60% (valore 2022 50,95%)		
BERSAGLIO B7.4	BERSAGLIO B7.4 Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 25% (valore FVG 2022 21,45%)	ASFO	> 25% (valore 2022 20,60%)	Coordinamento e monito- raggio	Coordinamento e monito- raggio
				ASUFC	> 25% (valore 2022 23,82%)		
				ASUGI	> 25% (valore 2022 18,63%)		
				BURLO	> 25%		
				CRO	> 25%		
				ARCS	> 25%		
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	100%	ARCS	=100%	vedi target	Coordinamento

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
14.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%	ASFO	>80%		Coordina-mento
				ASUFC	>80%		
				ASUGI	>80%		
14.e	Aumentare la copertura vaccinale per dTPa nelle donne gravide	Numero di donne gravide vaccinate in gravidanza per dTPa	>33%	ASFO	>33%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	>33%		
				ASUGI	>33%		
14.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%	ASFO	>75%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	>75%		
				ASUGI	>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 dei Servizi 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*. Tenuto conto della LR n.27 del 17.12.2018, e dell'impegno a estendere a tutte le Aziende sanitarie della regione i servizi di counselling volti a prevenire e contrastare il disagio giovanile rinnovato dal Presidente e la Giunta della Regione nella seduta del 18.03.25, 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
1.5.a	Sviluppo e consolidamento di interventi di prevenzione selettiva e indirizzata 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	>= 3 (almeno 1 per azienda)	ASFO	>=1	Monitoraggio	Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=1		
				ASUGI	>=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, farmacosorveglianza, spiaggiamenti di tartarughe e igiene urbana veterinaria. Adotta inoltre, a livello regionale, misure specifiche di controllo ed eradicazione di alcune malattie infettive degli animali (IBR e BVD) e di sicurezza alimentare (Piccole Produzioni Locali). Tra le iniziative finalizzate al potenziamento delle attività legate alla sorveglianza epidemiologica avviate dalla Regione, rientrano i Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria, che hanno la funzione di supporto alle attività di pianificazione e gestione delle azioni di sorveglianza epidemiologica coordinate dal Servizio veterinario regionale. A partire dal 2012 la Regione FVG si avvale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) ai sensi della Legge Regionale 24 aprile 2015 n. 9 di riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie (IZSVe) dove è previsto che l'IZSVe provvede, previa copertura finanziaria da parte della committenza, ad ogni ulteriore compito, servizio o prestazione ad esso demandati dagli enti cogerenti. Pertanto, in attuazione ai Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria, al fine di ottimizzare le risorse di capitale e di programmazione intesa come risorse disponibili allocate all'espletamento di tali attività e come progettualità di lungo termine, è stato stipulato un Accordo di collaborazione con il medesimo IZSVe di durata triennale (2025-2027). Anche per l'anno 2026 tutte le Aziende dovranno assicurare la realizzazione del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale raggiungendo gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari. In particolare, ogni azienda dovrà assicurare tutti gli interventi ispettivi e di audit previsti per settore dal PRISAN, il numero di valutazioni del rischio e di campionamenti di alimenti programmati dal PRISAN nonché il numero di controlli congiunti tra Servizio veterinario e Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) come da Accordo Conferenza Stato Regioni. Nell'ambito dell'igiene urbana veterinaria tutte le Aziende saranno impegnate per il tramite dei propri referenti aziendali alla realizzazione delle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione. In tale ambito i dipartimenti di prevenzione dovranno inoltre proseguire nelle attività di ispezioni presso i canili convenzionati e presso gli allevamenti per animali d'affezione. In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (n. 83/CSR), le attività di monitoraggio e gestione degli spiaggiamenti di tartarughe marine e cetacei sono coordinate dal Gruppo di lavoro regionale sugli spiaggiamenti, con il coinvolgimento dei referenti delle Aziende sanitarie, in collaborazione con le Capitanerie di Porto e i centri di recupero riconosciuti, nel rispetto dei protocolli nazionali vigenti. I referenti Aziendali hanno l'obbligo di segnalare gli eventi di spiaggiamento alla Direzione centrale salute, che provvede alla trasmissione annuale dei dati al Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica (MASE). 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 particolare 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. Le Aziende sanitarie, attraverso i referenti individuati, saranno coinvolte 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 tutte le Aziende nel corso del 2026 dovranno adottare il sistema GISA per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN e per l'Area Igiene Pubblica per la gestione delle attività di controllo ufficiale (esecuzione, monitoraggio e registrazione).

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
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%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
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%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.6.d		n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN realizzati / n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN programmati per 2026 da PRISAN	100%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)			ASUGI	100%		
LEANSG 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%  (valore FVG 2022 ministeriale: 77,35%)	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio

\* indicatore composito: =

$$\begin{aligned}
 & [(numero delle aziende bovine controllate per anagrafe / 3\% delle aziende bovine in BDN) \times 100] \times 0,1 \\
 & + [(numero delle aziende ovicaprine controllate per anagrafe / 3\% delle aziende ovicaprine in BDN) \times 100] \times 0,05 \\
 & + [(numero di capi ovicaprini controllati per anagrafe / 5\% degli ovicaprini) \times 100] \times 0,05 \\
 & + [(numero delle aziende suine controllate per anagrafe / 1\% delle aziende suine in BDN) \times 100] \times 0,1 \\
 & + [(numero delle aziende equine controllate per anagrafe / 5\% delle aziende equine in BDN) \times 100] \times 0,1 \\
 & + [(numero degli allevamenti apistici controllati per anagrafe / 1\% degli allevamenti in BDN) \times 100] \times 0,1 \\
 & + [(n° dei controlli svolti mediante campionamenti ed analisi in attuazione del Piano Nazionale Alimentazione Animale dell'anno di riferimento / n° dei controlli mediante campionamenti ed analisi minimi stabiliti dal medesimo Piano per l'anno di riferimento) \times 100] \times 0,3 \\
 & + [(n° di operatori controllati per farmacosorveglianza / operatori controllabili) \times 100] \times 0,2.
 \end{aligned}$$

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%.

LEANSG 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%  (Valore FVG 2022 ministeriale: 92,84%)	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
-------------	---	--	--	------	------	--	------------------------------

\* indicatore composito: =

$$\begin{aligned}
 & [(n° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n° dei controlli previsti dal medesimo Piano) \times 100] \times 0,4 \\
 & + [(n° dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di prodotti fitosanitari in attuazione del DM 23 dicembre 1992 / n° dei controlli previsti) \times 100] \times 0,4 \\
 & + [(n° dei controlli minimi svolti in attuazione del Piano Nazionale per il controllo degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari
 \end{aligned}$$

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
/ 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%						
LEA NSG 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%	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
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%	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
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%	ASFO	100%	Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
1.6.g	Biosicurezza avicoli Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti avicoli ai fini della prevenzione dell'influenza avaria	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza avicoli sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	ASFO	100%	Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
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%	ASFO	100%	Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
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%	ASFO	100%	Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
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	Avvio ed utilizzo al 100% dei sistemi entro il 31/12/2026	ASFO	100% utilizzo sistemi	Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100% utilizzo sistemi	
				ASUGI	100% utilizzo sistemi	
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%	ASUGI	100%	Coordinamento, monitoraggio e trasmissione dati al MASE
				ASUFC	100%	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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%	ASUGI	100%		Monitoraggio e coordinamento
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 V. orientalis. Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) e % di segnalazioni validate di Vespa velutina trasmesse dai referenti aziendali al sistema di sorveglianza regionale rispetto al totale dei casi noti o confermati.	100%	ASUGI	100%		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.
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 paneire	100%	ASUGI	100%		Monitoraggio e coordinamento

## 1.7 Attività di screening non oncologici

Le Aziende avvieranno le attività di identificazione precoce di malattia o suoi precursori su popolazione tramite i programmi di screening e in particolare garantiranno:

- partecipazione degli operatori sanitari agli incontri ed eventi formativi organizzati e coordinati dalla Direzione centrale salute e ARCS
- attivazione dei nuovi programmi di screening in età pediatrica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.a	Aumento dell'adesione dello screening HCV sulla popolazione 1969 1989	Percentuale adesione della popolazione 1969 1989	>=35%	ASFO	>=35%		
				ASUFC	>=35%	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUGI	>=35%		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
1.7.b	Aumento dell'adesione dello screening HCV sulla popolazione dei Serd	Percentuale adesione della popolazione dei Serd	>=75%	ASFO	>=75%		
				ASUFC	>=75%		
				ASUGI	>=75%		
1.7.c	Aumento dell'adesione dello screening HCV sulla popolazione dei carceri	Percentuale adesione della popolazione dei carceri	> 95%	ASFO	> 95%	Coordina- mento	
				ASUFC	> 95%		
				ASUGI	> 95%		
1.7.d	Attivazione dello screening pediatrico diabete di tipo 1	Attivazione dello screening regionale	Attivato/Non attivato	ASFO	Screening attivato		
				ASUFC	Screening attivato		
				ASU GI	Screening attivato		
1.7.e	Attivazione dello screening neonatale celiachia	Attivazione dello screening neonatale celiachie	Attivato/Non attivato	ASFO	Screening attivato		
				ASUFC	Screening attivato		
				ASUGI	Screening attivato		
				BURLO	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, in FVG proseguono le attività già iniziate e in parte sviluppate nel corso del quadriennio 2021-25.

In particolare le Aziende Sanitarie garantiranno nel 2026:

- Incremento dei livelli di attività fisica in soggetti sovrappeso o obesi nella regione FVG 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 alle aziende sanitarie della regione FVG, 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

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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% dei lavoratori visitati	ASFO	>= 50% visitati	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>= 50% visitati		
				ASUGI	>= 50% visitati		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	Mantenimento (ASUFC) e avvio (ASFO, ASUGI) dell'attività di un centro di prescrizione dell'esercizio fisico per ogni azienda sanitaria	ASFO	1		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	1		
				ASUGI	1		

## 1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni

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

- promozione di iniziative di sensibilizzazione sul bilancio di salute pre-concezionale
- 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>	
1.9.a.1	<b>Promozione e sostegno all'allattamento</b> Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	>=80%	ASFO	>=80%		Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>=80%			
				ASUGI	>=80%			
				BURLO	>=80%			
1.9.a.2		Percentuale delle schede inserite nel portale di donne che allattano al seno nei punti nascita (rilevati alla dimissione)	>=90%	ASFO	>=90%		Monitoraggio	
				ASUFC	>=90%			
				ASUGI	>=90%			
				BURLO	>=90%			
1.9.a.3		Percentuale di registrazione del dato sull'allattamento al seno rilevato alla seconda vaccinazione	>=70%	ASFO	>=70%		Monitoraggio	
				ASUFC	>=70%			
				ASUGI	>=70%			
1.9.b	<b>Promozione e sostegno all'allattamento.</b> Le Aziende promuovono la	Disponibilità di materiale informativo per promuovere la donazione del latte materno	Evidenza documentale	ASFO	evidenza		Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	evidenza			

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
1.9.c	donazione del latte umano per l'alimentazione dei neonati ad alto rischio			ASUGI	evidenza		
				BURLO	evidenza		
1.9.c	<b>Percorso postnatale a sostegno della genitorialità.</b> 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%	ASUFC	>=50%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUGI	>=50%		
				ASFO	>=50%		
1.9.d	<b>Vaccinazioni in gravidanza:</b> le Aziende definiscono un protocollo operativo per l'offerta e la somministrazione delle vaccinazioni in gravidanza	Presenza del documento	Evidenza documentale	ASFO	evidenza		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	evidenza		
				ASUGI	evidenza		
				BURLO	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).

Nel corso del 2026 il Centro Regionale proseguirà la conduzione delle Sorveglianze per tutte le Aziende Sanitarie della Regione, garantendo il flusso dati verso l’ISS (DM 03/03/2017) e la produzione degli indicatori di competenza e di report su tematiche rilevanti ai fini della prevenzione e programmazione regionale. Ove richiesto, fornirà il supporto per indagini sul campo.

Dal 2026 le funzioni sono svolte da ARCS, che subentra ad ASUGI, e che dovrà implementare l’organizzazione del “Centro Regionale”, acquisendo le risorse umane e strumentali necessarie a garantire le funzioni assegnate sulla base di specifico finanziamento riconosciuto nell’ambito delle risorse regionali per il finanziamento delle finalizzazioni extra fondo.

Le Aziende Sanitarie dovranno 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.

In continuità con gli anni precedenti, le interviste telefoniche saranno realizzate nell’ambito delle attività di outbound sanitario commissionate ad ARCS, mentre l’invio dell’informativa ai soggetti campionati e ai medici di medicina generale è affidata a INSIEL, con costi a carico della DCS, per garantire la numerosità campionaria minima per il calcolo degli indicatori LEA di competenza (P 14C) per ciascuna Azienda Sanitaria.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
1.10.a	Coordinare l'organizzazione e gestire le sorveglianze PASSI e PASSI D'ARGENTO per garantire la raccolta e i flussi di dati verso ISS (LEA U1.1 Area Prevenzione- NSG - DM 12/03/2019)	Relazione di attività coordinamento per DCS	n. 1 report, entro il 31 dicembre 2026	ARCS	Report		
1.10.b	Monitorare il valore dell'indicatore composito sugli stili di vita (PASSI P14C)	Report di monitoraggio per AZIENDE E DCS	n. 1 report, entro il 31 dicembre 2026	ARCS	Report		Monitoraggio e coordinamento tramite ARCS
1.10.c	Elaborazione dati sugli stili di vita e invio report alla DCS e alle Aziende Sanitarie	Report stili di vita	n. 1 report, entro il 31 dicembre 2026	ARCS	Report		affidataria della gestione della progettualità
				ASUFC	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati		
				ASFO	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati		
				ASUGI	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati		

## 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	almeno 1 evento formativo per ogni azienda	ASFO	>1		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>1		
				ASUGI	>1		
				BURLO	>1		
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	>=1 intervento di comunicazione per ogni Azienda sanitaria	ASFO	>= 1 intervento di comunicazione		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 1 intervento di comunicazione		
				ASUGI	>= 1 intervento di comunicazione		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		della genitorialità. Pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento		BURLO	>= 1 intervento di comunicazione		
				ASUFC	1 REPORT		
				ASUGI	1 REPORT		

## 1.12 Alimentazione, salute e sostenibilità

Riguardo a questo tema, in continuità con il Piano precedente, il PNP 2026-2030 indicherà gli obiettivi da perseguire, integrando lo sviluppo, in particolare, delle linee inerenti alla sicurezza alimentare, alla promozione della salute e alla linea ambiente e salute.

In attesa di tali specifiche indicazioni, si proseguiranno quindi per il 2026 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".

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività già in essere, e incluse nel precedente PRP, e in particolare:

- attuazione a livello locale delle azioni/iniziative in raccordo con il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN)
- 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
- mantenimento dell'offerta di counseling nutrizionale in almeno un'Azienda

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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%	ASFO	>=90%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
1.12.b	Formazione operatori sul tema "Alimenta la tua salute al lavoro e a casa"	Corso di formazione ECM rivolto agli operatori sanitari.	almeno 1 corso realizzato da ogni azienda	ASFO	>= n. 1 corso realizzato		Coordinamento e monitoraggio Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= n. 1 corso realizzato		
				ASUGI	>= n. 1 corso realizzato		
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%	ASFO	>=70%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=70%		
				ASUGI	>=70%		
1 - 1	Divulgazione materiale	Pubblicazione di un	Evidenza	ASFO	Evidenza		Coordinamento

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
	informativo sui temi della sicurezza alimentare e nutrizionale tramite i siti aziendali	documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	documentale della pubblicazione	ASUFC	Evidenza		e monitoraggio
				ASUGI	Evidenza		

### 1.13 Contrasto alla 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 le ASL e gli IRRCS come "attore responsabile" e "attore coinvolto" nel 2026

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo/azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASFO	SI	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	SI		
				ASUGI	SI		
				BURLO	SI		
				CRO	SI		
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	ASFO	Partecipazione ad almeno 2 sorveglianze (per IRCCS dove possibile)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	Partecipazione ad almeno 2 sorveglianze (per IRCCS dove possibile)		
				ASUGI	Partecipazione ad almeno 2 sorveglianze (per IRCCS dove possibile)		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo/azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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)	Si	ASFO	Il laboratorio HUB dell'ASL e gli esperti dell'ASL partecipano alla produzione dei dati dell'obiettivo	Analisi dati registro resistenze batteriche e trasmissione dati e valutazioni alla DCS	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26
				ASUFC	Il laboratorio HUB dell'ASL e gli esperti dell'ASL partecipano alla produzione dei dati dell'obiettivo		
				ASUGI	Il laboratorio HUB dell'ASL e gli esperti dell'ASL partecipano alla produzione dei dati dell'obiettivo		
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	ASFO	SI'	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		
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	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo/azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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 disponibili 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)	Sì	ASFO	adeguano flusso campioni e informazioni secondo le indicazioni del LRR-AMR	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
			Sì	ASUGI	adeguano flusso campioni e informazioni secondo le indicazioni del LRR-AMR		
1.13.f.2	Protocolli e indicazioni per funzionalità LRR-AMR (SI/NO)	Sì	ASUFC	realizza indicazioni per funzionalità LRR-AMR e analizza campioni			
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 (SI/NO)	ASFO	SW-ICA individuato	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
			SW-ICA individuato o acquisito o operativo in almeno 3 reparti ospedalieri (SI/NO)	ASUFC	SW-ICA acquisito e operativo in almeno 3 reparti ospedalieri		
			SW-ICA individuato (SI/NO)	ASUGI	SW-ICA individuato		
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	Progettazione sistema sorveglianza	ASFO	referente ASL partecipa a progettazione sistema sorveglianza	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	referente ASL partecipa a progettazione sistema sorveglianza		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo/azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
		situazioni critiche, protocoll di segnalazion e immediata, e format del report di sorveglianz a. (SI'/NO)		ASUGI	referente ASL partecipa a progettazione sistema sorveglianza		
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)	gruppo tecnico regionale operativo	ASFO	Partecipazione	ARCS coordina GdL per verifica e aggiornamento di almeno 2 LR di indirizzo terapeutico	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26
				ASUFC	Partecipazione		
				ASUGI	Partecipazione		
				BURLO	SI' (Se necessaria partecipazione)		
				CRO	SI' (Se necessaria partecipazione)		
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'	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		
				BURLO	SI'		
				CRO	SI'		
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'	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		
				BURLO	SI'		
				CRO	SI'		
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)	Completa-mento del corso da parte dei nuovi operatori del territorio assunti prima dell'erogazi one del corso	Tutti i nuovi operatori territoriali assunti prima dell'erogazi one del corso a livello ASL hanno completato il corso	ASFO	Tutti i nuovi operatori territoriali assunti prima dell'erogazi one del corso a livello ASL hanno completato il corso		Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo/azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
		corso a livello ASL		ASUFC	Tutti i nuovi operatori territoriali assunti prima dell'erogazione del corso a livello ASL hanno completato il corso		
				ASUGI	Tutti i nuovi operatori territoriali assunti prima dell'erogazione del corso a livello ASL hanno completato il corso		
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'	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		
				BURLO	SI'		
				CRO	SI'		
1.13.n	Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni (protocolli, linne 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'	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		
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'	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo/azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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'	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		
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 riconrollo 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 contattati per aderire al piano regionale. Per BVD: riduzione dei tempi di riconrollo cartilagini inadatte	Per IBR: relazione su stabilimenti non indenni senza circolazione virale contattati per aderire al piano regionale. Per BVD: rispetto all'anno precedente riduzione del tempo medio di riconrollo delle cartilagini inadatte degli allevamenti dell'ASL	ASFO	IBR: relazione; BVD: < tempo medio riconrollo rispetto al 2025	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	IBR: relazione; BVD: < tempo medio riconrollo rispetto al 2025		
				ASUGI	IBR: relazione; BVD: < tempo medio riconrollo rispetto al 2025		
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'	ASFO	SI'	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	
				ASUFC	SI'		
				ASUGI	SI'		
1.1 3.s	Promuovere l'uso prudente di AB utilizzando la piattaforma classyfarm	Relazione su attività	SI'	ASFO	SI'		Coordinamento e

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo/azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
	per l'AMR in batteri patogeni degli animali da produzione alimenti. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-4-2)	di promozione (SI/NO)		ASUFC	SI'		monitoraggio azioni PNCAR 25-26
				ASUGI	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 ogni azienda si impegni per raggiungere e/o mantenere in ogni centro di erogazione adeguati standard sia di dotazione organiche, tecnologiche che di volumi.

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

Il coordinamento delle attività come previsto dalla DGR 1334 del 31.7.2019, 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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 per ogni ambulatorio che svolge l'attività >= 1.400	ASFO	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		
				ASUFC	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		
				ASUGI	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		
				BURLO	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		
1.14.b	Erogazione di prime visite e di visite di controllo	Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo, in presenza o per mezzo di servizi di telemedicina) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	% variabili	ASFO	Aumento del 2,5% delle prestazioni ambulatoriali		
				ASUFC	Aumento del 2,5% delle prestazioni ambulatoriali		
				ASUGI	Aumento del 2,5% delle prestazioni ambulatoriali		
				BURLO	Aumento del 2,5% delle prestazioni ambulatoriali		
1.14.c				ASFO	<=33%		
				ASUFC	<=33%		
				ASUGI	<=23%		
				BURLO	<=33%		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	Trasmissione alla DCS ad ARCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione – numero di report trimestrali trasmessi	ASFO	4 report trimestrali trasmessi		
				ASUFC	4 report trimestrali trasmessi		
				ASUGI	4 report trimestrali trasmessi		
				BURLO	4 report trimestrali trasmessi		
1.14.d.2		Presenza in carico dei pazienti con disabilità	N di pazienti presi in carico entro 6 mesi dalla visita presso i centri ospitanti persone con disabilità	ASFO	50%		
				ASUFC	50%		
				ASUGI	Nell'Area Giuliana: 50% dei pazienti maggiorenni		
				BURLO	50% dei pazienti minorenni segnalati da ASUGI		
1.14.d.3		Aumento dell'attività del Pronto Soccorso pazienti con disabilità	Incremento nell'anno 2026 del numero di prestazioni su base mensile erogate rispetto alla media mensile a partire dall'apertura del servizio	ASUFC	Vedi Target incremento >=5%		
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 a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	Trasmissione relazione entro il 31/03/2026		
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 dell'inventariato a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	Trasmissione dell'inventario entro il 31/03/2026		
1.14.g	Riorganizzazione dei servizi	Attivazione programma odontoiatria scolastica	Elaborazione di pro-posta di Protocollo regionale per l'attivazione del programma di odontoiatria scolastica trasmessa a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS entro il 30/06/2026	ASUGI	vedi Target		
1.14.h	Riorganizzazione dei servizi	Attivazione del progetto DAMA	Attivazione aziendale del	ASFO	vedi Target		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>		
			progetto DAMA e comunicazione formale della stessa a DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ARCS entro il 30/06/2026	ASUFC	vedi Target				
				ASUGI	vedi Target				
				BURLO	vedi Target				
1.14.i.1	Riorganizzazione dei servizi	Stesura piano rafforzamento progetto Orchidea e inserimento coordinato nell'offerta della SSD Odontostomatologia di ASUFC	Trasmissione del documento contenente il piano entro il 30/06/2026 alla DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ad ARCS	ASUFC	vedi Target				
1.14.i.2			Entro il 31.12.2026 aumento del 20% rispetto all'anno 2024 dei nuovi pazienti presi in carico documentato in relazione trasmessa entro il 31/01/2027 a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS	ASUFC	Vedi Target				
1.14.j.1	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	Invio a DCS, Coordinamento e ARCS entro il 28.02.2026 numero e tempistiche di richieste e appuntamenti alla data del 01.01.2026	ASFO	Vedi Target				
1.14.j.2			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	ASUFC	Vedi Target				
				ASUGI	Vedi Target				
				ASFO	Svolgimento di almeno 1 servizio di visite nell'anno 2026				
1.14.j.3			Trasmissione a DCS, Coordinamento e ARCS dei report semestrali sulle visite effettuate, numero di pazienti che necessitano di cure e pazienti	ASUFC	Svolgimento di almeno 1 servizio di visite nell'anno 2026				
				ASUGI	Svolgimento di almeno 1 servizio di visite nell'anno 2026				
				ASFO	Vedi Target				
				ASUFC	Vedi Target				

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
			presi in carico terapeutico entro entro 30 giorni dalla chiusura del semestre oggetto del report	ASUGI	Vedi Target		
1.14.k	Riorganizzazione dei servizi	Elaborazione del nuovo Piano di odontoiatria carceraria	Trasmissione del documento di proposta del nuovo Piano entro il 31/03/2026 alla DCS, al Coordinamento della Rete odontoiatrica e ad ARCS	ASUGI	Vedi Target		
1.14.l	Riorganizzazione dei servizi	Elaborazione di ipotesi di protocollo di presa in carico ambulatoriale dei pazienti non trasportabili	Trasmissione del documento di proposta del protocollo entro il 30/06/2026 alla DCS, al Coordinamento della Rete odontoiatrica e ad ARCS	ASUGI	Vedi Target	monitoraggio	

## 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 quale è necessario migliorare i livelli di adesione della popolazione e assicurare tempi il più possibile ridotti nel passaggio dal primo al secondo livello.

Nel corso del 2025 ARCS ha proseguito nell'attività di coordinamento dei programmi di screening in stretto collegamento con i referenti aziendali e ha riavviato i percorsi di audit con il gruppo dei radiologi refertatori per lo screening della mammella.

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 sistemi 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 diseguaglianze 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 (Regione FVG, ARCS e Aziende sanitarie).

Al fine di sviluppare e perseguire i macroobiettivi sopra illustrati sarà necessaria una sinergica azione di ARCS DCS e Aziende nonché un forte coinvolgimento di INSIEL per lo sviluppo e l'implementazione degli strumenti informatici

necessari, prerequisito, quest'ultimo, per la realizzazione delle attività.

Di seguito vengono riportati gli obiettivi dell'anno 2026

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>aziende coinvolte</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
1.15.a	Realizzazione degli incontri periodici con referenti screening aziendali e con i radiologi refertatori	N° incontri	>=3	ARCS		
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 per ciascuna Azienda entro il 31.12.2026.	ASFO, ASUFC, ASUGI	2 per ciascuna Azienda entro il 31.12.2026	
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 .	entro il 31.12.2026.	ARCS ASFO, ASUFC, ASUGI	Coordinamento delle attività con le aziende	Coordinamento con INSIEL per supporto alla diffusione tecnica dei layout
		Brand unico regionale approvato ed implementato sui siti della Regione, ARCS e Aziende	entro il 31.12.2026.	ARCS ASFO, ASUFC, ASUGI	Coordinamento delle attività con le aziende	Approvazione del brand regionale e implementazione del sito Regione FVG

### 1.15.1 Screening Cervice Uterina

Anche per il 2026 si conferma la necessità che le Aziende predispongano bimestralmente il calendario delle chiamate e la sua trasmissione ad ARCS.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	≥70% donne convocate (valore FVG 2024 71,17%)	ASFO	>= 69% (valore 2024 69,34%)		
				ASUFC	>=72% (valore 2024 72,12%)		
				ASUGI	>= 71% (valore 2024 71,48%)		
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% entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	ASUGI	>=95% (valore 2024 95,26%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.15.1.c	Mantenere i tempi di refertazione degli HPV test	% HPV refertati entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	> 95% entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	ASUGI	>= 95% (valore 2024 99,40%)		
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 (valore FVG 2024 66%)	>= 90% appuntamento entro 8 settimane dall'esecuzione dell'esame di primo livello (valore FVG 2024 66%)	ASFO	>= 90% (valore 2024 52%)		
				ASUFC	>= 90% (valore 2024 54%)		
				ASUGI	>= 90% (valore 2024 94%)		
				CRO	>= 90% (valore 2024 75%)		
				BURLO	>= 90% (valore 2024 80%)		

## 1.15.2 Screening mammografico

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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% donne convocate (valore FVG 2024 69,69%)	ASFO	≥69% (valore 2024 68,79%)		
				ASUFC	≥70% (valore 2024 70,63%)		
				ASUGI	≥69% (valore 2024 69,09%)		
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 FVG 2024 87,30%)	ASFO	>= 90% (valore 2024 89,47%)		
				ASUFC	>= 90% (valore 2024 94,59%)		
				ASUGI	>= 90% (valore 2024 68,80%)		
				CRO	>= 90% (valore 2024 93,70%)		
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 FVG 2024 8,52%)	ASFO	< 10% (valore 2024 3,60%)		
				ASUFC	< 10% (valore 2024 8,76%)		
				ASUGI	< 10% (valore 2024 11,14%)		
				CRO	< 10% (valore 2024 9,32%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.15.2.d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	$\geq 94\%$ (valore FVG 2024 93,48%)	ASFO	$\geq 85\%$ (valore 2024 79,55%)		
				ASUFC	$\geq 95\%$ (valore 2024 99,47%)		
				ASUGI	$\geq 95\%$ (valore 2024 94,00%)		
				CRO	$\geq 90\%$ (valore 2024 85,04%)		

### 1.15.3 Screening colon retto

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

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.15.3.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).	$\geq 60\%$ popolazione convocata (valore FVG 2024 55,60%)	ASFO	$\geq 60\%$ (valore 2024 59,50%)		
				ASUFC	$\geq 60\%$ (valore 2024 57,47%)		
				ASUGI	$\geq 60\%$ (valore 2024 49,93%)		
1.15.3.b	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	$\geq 95\%$ (valore FVG 2024 97,33%)	ASFO	$\geq 95\%$ (valore 2024 88,60%)		
				ASUFC	$\geq 95\%$ (valore 2024 99,88%)		
				ASUGI	$\geq 95\%$ (valore 2024 98,81%)		
				CRO	$\geq 95\%$ (valore 2024 97,82%)		
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: $\geq 90\%$	>= 90% (valore FVG 2024 74,61%)	ASFO	$>= 90\%$ (valore 2024 56,34%)		
				ASUFC	$>= 90\%$ (valore 2024 75,52%)		
				ASUGI	$>= 90\%$ (valore 2024 87,62%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.15.3d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonoscopia	>=86% (valore FVG 2024 83,52%)	ASFO	>=85% (valore 2024 79,55%)		
				ASUFC	>=85% (valore 2024 80,83%)		
				ASUGI	>=90% (valore 2024 90,23%)		
				CRO	>=90% (valore 2024 93,10%)		

## 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 alle Aziende sanitarie 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 delle Aziende sanitarie e i rispettivi 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.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.1.1a1	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	ASUGI	Entro il 31.03.2026	Attività monitoraggio	Coordinamento con la programmazione sociale e supporto
				ASUFC	Entro il 31.03.2026		
				ASFO	Entro il 31.03.2026		
2.1.1a2		Evidenza di un Piano degli interventi per ciascuna area distrettuale.	Entro il 31.03.2026	ASUGI	Entro il 31.03.2026	Attività monitoraggio	Coordinamento con la programmazione sociale e supporto
				ASUFC	Entro il 31.03.2026		
				ASFO	Entro il 31.03.2026		

## 2.1.2 Ospedali della Comunità

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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	Trasmissione alla DCS e ad ARCS entro il 28 febbraio 2026 del cronoprogramma	ASUGI	Entro il 28 febbraio 2026	Attività di monitoraggio, controllo e impulso	
				ASUFC	Entro il 28 febbraio 2026		
				ASFO	Entro il 28 febbraio 2026		

## 2.1.3 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.1.3.a	Completamento formazione regionale IFoC	Nº di edizioni avviate nel corso del 2026	2	ARCS	2		

## 2.2 Altri obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.2.a	Prosecuzione attività di sviluppo e utilizzo della cartella territoriale informatizzata	Almeno un ulteriore strumento per la presa in carico territoriale è stato integrato in Cartella Utente 4.0 (es. scheda medicazioni, pianificazione assistenziale, ecc)	Entro il 31/12/26	ARCS	Entro il 31/12/26		
2.2.b	Prosecuzione attività di sviluppo e utilizzo della cartella territoriale informatizzata	L'accertamento multidimensionale dei minori, progettato nel 2025, è adottato a livello regionale e implementato su Cartella 4.0. Lo strumento alimenta in automatico i flussi ministeriali SIAD.	Entro il 31/12/2026	BURLO	Entro il 31/12/2026		
2.2.c	Prosecuzione della definizione dei flussi informativi gestiti da COT	Almeno una nuova transizione ospedale-territorio e una territorio-territorio sono implementate	Entro il 31/12/26	ARCS	Collaborazione con la DCS allo sviluppo delle nuove transizioni		
2.2.d	Procedure per garantire la presenza dell'assistente alla persona con	Le procedure definite dalle aziende sono operative	Trasmissione alla DCS ed ad ARCS della relazione entro il 30.03.2026 sui	ASFO	Trasmissione alla DCS ed ad ARCS della relazione entro il 15.04		Coordinamento, valutazione e definizione dell'eventuale piano di

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	disabilità ricoverato e l'accesso facilitato alle prestazioni ambulatoriali		risultati 2025 con la persona con disabilità che riceve i servizi previsti dalle procedure	BURLO	CRO		miglioramento

## 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 le Aziende sono tenute a darne concreta attuazione perseguiendo miglioramento e egualanza 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 agli Enti del S.S.R. finalizzati al miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
LEANSG Do4C	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: 68,47 per 100.000ab)	ASFO	<= 81 (valore 2024: 77,68)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<= 81 (valore 2024: 85,02)		
				ASUGI	<= 81 (valore 2024: 37,18)		
LEA NSG Do5C	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: 53,8%)	ASFO	<60 (valore 2024: 44,4%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<60 (valore 2024: 53,4%)		
				ASUGI	<60 (valore 2024: 62,6%)		
LEA NSG Do6C	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	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	<20 (valore 2024: 23%)	ASFO	<20 (valore 2024: 19,9%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<20 (valore 2024: 17,7%)		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
	bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).		ASUGI	<20 (valore 2024: 33,3‰)	conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
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)	<27,4% (valore 2024: 31,16‰)	ASFO	<35,00% (valore 2024: 40,20‰)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<25,00% (valore 2024: 27,89‰)		
				ASUGI	<25,00% (valore 2024: 28,9‰)		
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 FVG 2024 11,81%)	ASFO	<11% (valore 2024: 10,18%)	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	<11% (valore 2024 12,73%)		
				ASUGI	<11% (valore 2024 11,70%)		
Lea NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 4,00 (valore FVG 2024: 8,99)	ASFO	>= 4,00 (valore 2024: 8,59)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	
				ASUFC	>= 4,00 (valore 2024: 8,82)		
				ASUGI	>= 4,00 (valore 2024: 9,57)		
LEA NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 3,00 (Valore FVG 2024 6,57)	ASFO	>= 3,00 (valore 2024: 3,87)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	
				ASUFC	>= 3,00 (valore 2024: 6,61)		
				ASUGI	>= 3,00 (valore 2024: 8,81)		
LEA NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2,00 (Valore FVG 2024: 2,59)	ASFO	>= 2,00 (valore 2024: 1,25)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	
				ASUFC	>= 2,00 (valore 2024: 2,78)		
				ASUGI	>= 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, le Aziende sanitarie dovranno 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASUGI	Entro il 31.12.2026	Attività di monitoraggio	Coordinamento con la programmazione sociale; indirizzo e supporto
				ASUFC	Entro il 31.12.2026		
				ASFO	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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASUGI	Entro il 31.12.2026	Attività di monitoraggio	Coordinamento con la programmazione sociale; indirizzo e supporto
				ASUFC	Entro il 31.12.2026		
				ASFO	Entro il 31.12.2026		

Gli obiettivi qui presentati si riferiscono a 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.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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	ASUGI	Entro il 28.02.2026	Coordinamento con la programmazione sociale, indirizzo e supporto	
				ASUFC	Entro il 28.02.2026		
				ASFO	Entro il 28.02.2026		
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	ASUGI	Entro il 31.12.2026	Coordinamento con la programmazione sociale, indirizzo e supporto	
				ASUFC	Entro il 31.12.2026		
				ASFO	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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo DCS</b>	
25c	Integrazione delle informazioni raccolte tramite lo strumento di valutazione AMD	Elaborazione e trasmissione alla DCS di una relazione riguardante le modalità di sviluppo dello strumento AMD.	Entro il 30.06.2026	ARCS	Elaborazione e trasmissione alla DCS della relazione richiesta entro il 28.02.2026	Supporto all'attività, coordinamento con i SSC

## 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 co-programmazione 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASUGI	Entro il 31.12.2026	Coordinamento con la programmazione sociale, indirizzo e supporto	
				ASUFC	Entro il 31.12.2026		
				ASFO	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 sociosanitari, formato da diverse competenze (giuridico-amministrative, finanziarie-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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASUGI	Entro il 31.03.2026		
				ASUFC	Entro il 31.03.2026		
				ASFO	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 sociosanitaria, 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 sociosanitaria.

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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>	
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	Entro 31.12.2026	ASFO	Almeno 12 progetti entro 31.12.2026		Monitoraggio	
				ASUFC	Almeno 12 progetti entro 31.12.2026			
				ASUGI	Almeno 6 progetti entro 31.12.2026			
2.7.b		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	Entro 31.12.2026	ASFO	Almeno 1 ulteriore percorso avviato entro il 31.12.2026		Monitoraggio	
				ASUFC	Almeno 1 ulteriore percorso avviato entro il 31.12.2026			
				ASUGI	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 post-acuzie, 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. Le **Aziende sanitarie** saranno chiamate 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:

<b>Cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziendale</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
2.9.a	Miglioramento del governo regionale dell'Assistenza protesica e attuazione delle linee guida per l'implementazione dei dati delle forniture e delle	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	ASFO	Vedi target	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS			

Cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziendale		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.9.b	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	ASFO	Vedi target	Monito-raggio	Coordinamento
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS			
2.9.c		Definizione degli indicatori di monitoraggio dei costi, tempi e qualità del servizio	Set di indicatori definito entro il 31.12.2026	ASFO	Vedi target	Monito-raggio	Coordinamento
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS			

Nel corso dell'anno si darà corso, inoltre, ad un'attivazione di un gruppo di lavoro sugli ausili, con il coinvolgimento della Consulta regionale delle Associazioni delle persone con disabilità e le loro famiglie, coordinato dalla DCS.

## 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 minorenne.

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/Servizi 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 socioriusabilitative per minorenni e adolescenti. La multidisciplinarità 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 tutte le Aziende sanitarie unitamente ai Servizi sociali dei Comuni, alla luce degli appositi protocolli stipulati nel 2025, definiscono la costituzione di équipe multiprofessionali funzionali all'affido familiare, che potranno avere anche una dimensione sovradistrettuale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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 multiprofessionale per almeno 5 nuclei familiari	Interventi effettuati per almeno 5 nuclei familiari entro il 31.12.2026	ASFO	Interventi effettuati per almeno 5 nuclei familiari entro il 31.12.2026		
					ASUGI		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
				ASUFC	Interventi effettuati per almeno 5 nuclei familiari entro il 31.12.2026		

## 2.11 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Nell'ambito degli incontri regionali di confronto fra le strutture aziendali della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA), sono emerse delle criticità chiare nell'attuale organizzazione dei servizi, contribuendo a definire delle linee di azione prioritarie per il progressivo miglioramento nella qualità delle cure e la riduzione dei tempi delle liste d'attesa.

I lavori del tavolo proseguono, quindi, 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 NPIA 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASFO	Vedi target		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
2.11.b	Migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'età evolutiva (con attenzione all'età adolescenziale)	Elaborazione e trasmissione ad ARCS e alla DCS di un documento di analisi epidemiologica regionale inerente le patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'età evolutiva (con attenzione all'età	Entro il 31.12.2026	BURLO	Trasmissione ad ARCS e alla DCS del documento richiesto entro il 31.12.2026	Supporto, coordinamento e valutazione	

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
		adolescenziale)					

## 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. Un tanto 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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
2.12a	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	ASFO	Entro il 31.12.2026 +10% rispetto al 2025	Monito-raggio	
				ASUGI	Entro il 31.12.2026 +10% rispetto al 2025		
				ASUFC	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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
2.12b	Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS	Progettualità partecipate di promozione del sapere esperienziale	Almeno una progettualità per azienda realizzata entro il 31.12.2026	ASFO	entro il 31.12.2026 progettualità realizzate >=1	Coordinamento e monitoraggio	
				ASU GI	entro il 31.12.2026 progettualità realizzate >=1		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.12.c		Numero inserimenti sociolavorativi di persone esperte in supporto tra pari	Almeno 6 inserimenti per azienda entro il 31.12.2026	ASUFC	entro il 31.12.2026 progettualità realizzate >=1		
				ASFO	Entro il 31.12.206 inserimenti effettuati >=6		
				ASU GI	Entro il 31.12.206 inserimenti effettuati >=6		
				ASUFC	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, le Aziende sanitarie sono tenute ad accettare la condizione di gravissima disabilità, sia producendo in via diretta la documentazione sanitaria attraverso la somministrazione delle apposite scale di valutazione, ovvero eventualmente confermando, a seguito di opportuna verifica, la documentazione prodotta da uno specialista in regime di convenzione o privato non convenzionato.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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	$\geq 70\%$	ASFO	$\geq 70\%$	Coordinamento, supporto e monitoraggio	
				ASUGI	$\geq 70\%$		
				ASUFC	$\geq 70\%$		

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, le Aziende sanitarie rendono 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).

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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%	ASFO	100%		
				ASUFC	100%		
				ASUGI	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 partecipazione.

Nell'anno 2026 le Aziende sanitarie pertanto proseguono nelle attività di:

1. rivalutazione delle persone in carico (art 17 comma 7, LR16/22) attraverso lo strumento di valutazione multidimensionale Q-VAD.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	≥60% entro 31.12.2026	ASUGI	≥60%		
				ASUFC	≥60%		
				ASFO	≥60%		

2. 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

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	≥75% entro 31.12.2026	ASUGI	≥75%		
				ASUFC	≥75%		
				ASFO	≥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.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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.	Entro il 31.12.2026	ASUGI	≥70%		Monitoraggio

Al fine di dare continuità al progetto sperimentale per persone con disabilità che necessitano di elevati sostegni, gestito fino al 2025 dal CAMPP, denominato “Nucleo Sorriso”, l'ASUFC adotta le opportune strategie e implementa gli interventi necessari per garantire standard analoghi e comunque non inferiori a quelli delle sperimentazioni autorizzate ai sensi delle DGR 1462/2016, così come modificata dalla DGR 1613/2016. Le soluzioni individuate sono messe in evidenza tramite una apposita relazione da inviare al Servizio Area Welfare di comunità della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
2.13.f	Dare continuità al progetto sperimentale per persone con disabilità che necessitano di elevati sostegni denominato “Nucleo Sorriso”	Evidenza del recepimento degli indirizzi regionali (DGR 1462/2016, così come modif. da DGR 1613/2016) con riferimento agli standard e i requisiti previsti per il target specifico di utenza	Entro il 31.12.2026	ASUFC	Invio entro il 31.12.2026 alla DCS di una relazione riportante le strategie adottate e gli interventi implementati per recepire gli standard regionali.		Monito-raggio

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.

Le AASS sono ormai da anni impegnate 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, le AASS si impegnano proseguire 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 implementano in Point GeDi i Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) utilizzando, ad avvenuto rilascio, anche la funzionalità "Monitoraggio".

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>	
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)	Entro il 31.12.2026	ASUGI	10%			
				ASUFC	10%			
				ASFO	10%			
2.14.b		Monitoraggio del 20% dei PTRI inseriti in GeDi	Entro il 31.12.2026	ASUGI	20%			
				ASUFC	20%			
				ASFO	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 comorbilità, 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 NPIA e della Salute mentale adulti, le strutture per la disabilità adulti, i servizi per le dipendenze patologiche, i consultori e i presidi ospedalieri, nonché, in relazione alle specifiche aree di intervento, gli altri attori del sistema non afferenti all'ambito strettamente sanitario (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

Le Aziende sanitarie, 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 sociorabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo (SIL) per persone con disabilità complesse attribuita alle Aziende sanitarie 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 le Aziende sanitarie avviano iniziative e adottano interventi finalizzati ad ampliare le opportunità occupazionali, anche mediante il rafforzamento delle convenzioni previste dalla legge 381/1991.

## 2.17 Sanità penitenziaria

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.17.a	Generalità n. 798 del 12 giugno 2025 "Iniziative 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	+1 (con riferimento ai percorsi già in essere)	ASFO	+1	Monito raggio	
				ASUFC	+2 (+1 IP Tolmezzo; +1 IP Udine))		
				ASUGI	+2 (+1 IP Trieste; +1 IP Gorizia)		
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	1	ASFO	1	Monito raggio	
				ASUFC	2		
				ASUGI	2		
2.17.c	Recepimento Accordo Conferenza Unificata n. 45 del 19 aprile 2023 e n. 15 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	Target regionale: 3	ASFO	1	Monito-raggio	
				ASUFC	1		
				ASUGI	1		

## 3. ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI

In conformità con gli atti di programmazione dell'anno precedente, per il 2026 le Aziende continueranno a

promuovere azioni volte ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR). Gli Enti persegiranno, altresì, ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella degli acquisti diretti (ospedaliera, diretta e DPC).

### **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 (report monitoraggio spesa farmaceutica).

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. levothyroxina e farmaci antidiabetici), volti a favorire sostenibilità e appropriatezza.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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% (DDD)	ASFO	Access ≥ 60%	Monitoraggio semestrale	Monitoraggio semestrale
				ASUFC			
				ASUGI			
3.2.b	Incremento della percentuale di DDD erogati in forma	% incremento di utilizzo di ff solide del	% Forme Solide = DDD forme solide / (DDD forme solide + DDD forme liquide)	ASFO	≥ 92 %	Monitoraggio semestrale	Monitoraggio semestrale
				ASUFC	≥ 92 %		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
3.2.c	solida del p.a. Levotiroxina (compresse intere e divisibili) fino al 92%, riducendo all' 8% la quota di formulazioni liquide e contenendo la spesa annua.	p.a. Levotiroxina	- Raggiunto: ≥92 % – Target ideale - Non raggiunto: 87-91%	ASUGI	≥ 92 %		
				BURLO	-		
				CRO	-		
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 proposta di sviluppo algoritmo prescrittivo 30/06/2026	ASFO	Presentazione alla DCS di proposta di sviluppo algoritmo prescrittivo entro 30/06/2026		
				ASUFC			
				ASUGI			

### 3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Le Aziende, nel rispetto di quanto già stabilito dagli atti di programmazione regionale antecedenti, continuano a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) assicurando il mantenimento della copertura delle prescrizioni personalizzate (> 95%), con particolare riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale con iter elettronico tramite PSM.

In particolare, in continuità alle attività intraprese nel 2025 che hanno visto l'implementazione e l'avvio del PSM-PT 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, le Aziende, in continuità con quanto raggiunto nel 2025, continuano ad assicurare l'inserimento della residenza del paziente (regione e AS) con copertura del dato ≥ al 95%, anche al fine di valutare una possibile attivazione della mobilità intra-regionale in tale contesto.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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: ≥72%.  Per gli IRCCS la % di PT informatizzati ≥ 72% è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla Struttura.	≥ 72%	ASFO	≥72%	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio semestrale
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
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 >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2025 >= 50%	PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie	ASFO	<50%	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	<50%		
				ASUGI	<50%		
				BURLO	<50%		
				CRO	<50%		
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.	30.09.2026	ASFO	Abilitazioni degli operatori e associazione dei farmaci (prescrivibili e dispensabili). 30.04.2026 Report sullo stato di installazione e sulle attività di formazione e avviamento. 30.09.2026	Monitoraggio annuale	
				ASUFC			
				ASUGI			

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

Nell'ambito dei LEA gli Enti del SSR provvedono alla:

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

In 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, le Aziende assicurano attuazione ai contenuti, massimizzandone l'efficienza e attivando i percorsi per favorire l'utilizzo dei medicinali con miglior profilo costo-efficacia negli ambiti terapeutici a maggior impatto di spesa, quali ad esempio i farmaci ipoglicemizzanti e antitrombotici.

Nel 2024 ARCS ha aderito alla gara CONSIP, propedeutica all'avvio della distribuzione in DPC delle strisce per la rilevazione della glicemia (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023 così come integrato dall'Accordo integrativo ex DGR n. 1111/2025.), a cui nel 2025, grazie alla messa a punto di specifico percorso informatizzato di prescrizione e di erogazione, ha seguito l'avvio della suddetta modalità di distribuzione, attraverso un periodo di sperimentazione che ha coinvolto l'Azienda Pilota (AS FO) e che è in fase di estensione a tutto il territorio regionale. Pertanto, nel 2026, le Aziende Sanitarie, assicureranno la messa regime del suddetto percorso, sensibilizzando i prescrittori all'utilizzo del nuovo strumento e monitorandone l'andamento. Sarà inoltre promosso l'avvio delle progettualità inerenti la Farmacia dei Servizi sia nell'azienda pilota che nelle altre aziende come da indicazioni regionali, a seguito della loro estensione.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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 >= 80%)	% prescrizioni modulo informatizzato ed erogazione DPC strisce (e glucometri) >= 50% entro il 30.06.2026* *(per azienda pilota >= 60%)  % prescrizioni modulo informatizzato ed erogazione DPC strisce (e glucometri) >= 80% entro il 31.12.2026 per tutte le aziende	entro 30.06.2026 ≥ 50% ≥ 60% per azienda pilota  entro 31.12.2026 ≥ 80% per tutte le aziende	ASFO  ASUFC  ASUGI	ASFO: 30.06 ≥ 60% 31.12 ≥ 80%  ASUFC 30.06 ≥ 50% 31.12 ≥ 80%  ASUGI 30.06 ≥ 50% 31.12 ≥ 80%		Monitoraggio semestrale attività di concerto con ARCS e INSIEL
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 formato condiviso tra DCS, ARCS e Aziende	Produzione di due report dati semestrale	ASFO  ASUFC  ASUGI	Report I semestre: entro il 31.07.2026  Report annuale entro il 31.01.2027		Monitoraggio semestrale attività di concerto con ARCS

### 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.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo DCS
3.5.a	Indicazione del reparto/dipartimento di afferenza del segnalatore operatore sanitario ospedaliero nella sezione "C. Segnalatore"	<p><i>Schede con indicazione reparto segnalatore o.s. ospedaliero</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Totale schede con segnalatore o.s. ospedaliero ≥ 80%</i></p>	≥ 80%	ASFO	≥ 80%	Monito- raggio seme- strale
				ASUGI	≥ 80%	
				ASUFC	≥ 80%	
				BURLO	≥ 80%	
				CRO	≥ 80%	
3.5.b	Mantenimento o incremento del numero di segnalazioni di Sospette Reazioni Avverse (ADR) rispetto all'anno precedente	$\frac{S_{RNF2026} - S_{RNF2025}}{S_{RNF2025}} \geq 5\%$ <p><math>S_{RNF2026} \geq 60^{**}</math></p> <p><math>S_{RNF}</math>: segnalazioni nell'anno di riferimento</p> <p>** Condizione valida se <math>S_{RNF2025} \leq 60</math></p>	Varia- zione indicato- re ≥ 5 %  $S_{RNF2026} \geq 60^{**}$	ASFO	Varia- zione indica- tore ≥ 5 %	Monito- raggio seme- strale
				ASUGI	Varia- zione indica- tore ≥ 5 %	
				ASUFC	Varia- zione indica- tore ≥ 5 %	
				BURLO	$S_{RNF20} \geq 60$	
				CRO	$S_{RNF20} \geq 60$	

### 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 aggiudicatarie di gara aventi le medesime indicazioni rimborsate (es. biosimilare, differenti formulazioni dello stesso farmaco etc.), le Aziende intraprendono iniziative volte ad assicurare il ricorso alle opzioni terapeutiche a minor costo, anche tenendo conto delle ricadute ospedale-territorio. In tutti i casi in cui, in ambito farmaceutico, risulti disponibile l'alternativa a brevetto scaduto, le Aziende provvedono a rafforzare una concreta azione di promozione dell'impiego degli equivalenti/biosimilari evitando ingiustificati effetti mix nelle prescrizioni.

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

Gli 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, le Aziende assicurano azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR, nel rispetto del quadro normativo di settore e in accordo con il secondo position paper e l'analisi di sicurezza dei biosimilari dell'AIFA.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
3.6.a	Procedure di acquisizione centralizzata di nuovi farmaci per tutte le aziende sanitarie qualora siano: Classe H Erogabili su prescrizione di Centri individuati dalla Regione; Innovativi; con erogazione principale in distribuzione diretta (anche farmaci elenco legge 648/1996); elenco DPC; nel rispetto delle tempistiche	Esecuzione delle procedure di gara ordinarie: 45 giorni (calcolati dal giorno di richiesta effettuato dalla Farmacia Centrale) Indizione delle procedure urgenti: 30 giorni	100%	ARCS	100% Modalità di valutazione: Entro 45 gg dalla comunicazione dei dati completi da parte della SC Farmacia centrale: - >= 90% dei farmaci: obiettivo 100% - >= 60% e <90% dei farmaci: obiettivo in % - <60% dei farmaci: obiettivo 0%		Monitoraggio
3.6.b	Procedure di acquisizione centralizzata di nuovi farmaci equivalenti e biosimilari per tutte le aziende sanitarie nel rispetto delle tempistiche	Esecuzione delle procedure di gara: 90 giorni (calcolati dal giorno di richiesta effettuato dalla Farmacia Centrale)	100%	ARCS	100% Modalità di valutazione: Entro 45 gg dalla comunicazione dei dati completi da parte della SC Farmacia centrale: - >= 90% dei farmaci: obiettivo 100% - >= 60% e <90% dei farmaci: obiettivo in % - <60% dei farmaci: obiettivo 0%		Monitoraggio

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
3.6.c	Realizza di uno studio finalizzato: a ) all'analisi delle modalità di gestione dei processi di acquisto dei farmaci di cui ai punti 3.6.a e 3.6-b; b) ad una proposta di riorganizzazione degli adempimenti relativi ai medesimi processi, al fine razionalizzare quanto più possibile i tempi di acquisto e renderli coerenti con quelli dei bisogni. La proposta di riorganizzazione dei processi di acquisto centralizzato si riferisce alle seguenti tipologie di farmaci : nuovi farmaci con brevetto (es. classe H, DPC, legge 648/1996), farmaci equivalenti e biosimilari.	Elaborazione e trasmissione entro il 30.06.2026 alla DCS di proposta di riorganizzazione dei processi di acquisto centralizzato	Elaborazione e trasmissione alla DCS della proposta entro il 30.06.2026	ARCS	Vedi Target	Vedi Target	
3.6.d	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risultò disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2026 vs % uso 2025	% uso molecole a brevetto scaduto a minor costo 2026 > % uso 2025	ASFO	Δ % >0 2026-2025		
				ASUFC	Δ % >0 2026-2025		
				ASUGI	Δ % >0 2026-2025		Monito- raggio quadri- mestrale
				BURLO	Δ % >0 2026-2025		
				CRO	Δ % >0 2026-2025		
3.6.e	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	Variazione % positiva farmaco a brevetto scaduto vs originatore 2025-2026	ASFO	Δ % >0 2026-2025		
				ASUFC	Δ % >0 2026-2025		
				ASUGI	Δ % >0 2026-2025		Monito- raggio annuale
				BURLO	Δ % >0 2026-2025		
				CRO	Δ % >0 2026-2025		
3.6.f			Bevacizumab o alternativa ≥47% (valore gen-giu '25: 42,4%)	ASFO	>=47% (valore gen-giu 2025: 44,4%)		Monito- raggio seme- strale

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
	<p>Le Aziende, in linea con le raccomandazioni per un utilizzo costo-efficace e tenuto conto dell'equivalenza terapeutica, favoriscono l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi (U.P.) di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n°98 Per gli altri intravitreali favorire farmaco generico/biosimilare se disponibile</p>	<p>% di consumo (U.P.) di bevacizumab intravitreale* o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi (U.P.) di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n° 98</p> <p>*Il numeratore (UP Bevacizumab) potrà essere aggiornato in funzione di valutazioni ulteriormente favorevoli su altri p.a.</p> <p>% di consumo (U.P.) di biosimilare/generico vs originator</p>		ASUFC	>=45% (valore gen-giu 2025: 41,3%)		
				ASUGI	>=65% (valore gen-giu 2025: 64,2%)		
3.6.g	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per l'INSULINA GLARGINE	<p>% di consumo di farmaci biosimilari o vincitore di gara rispetto al farmaco originator per l'insulina glargine (ATC Insulina Glargine: A10AE04 - TOUIEO come biosimilare- AIC 043192347-E0806601)</p> <p>Modalità di calcolo: UI farmaco biosimilare/totali UI consumate</p> <p>Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata</p>	<p>= 93% (valore 2024: 82% valore gen-mag 2025: 86%)</p>	ASFO	>=93% (valore 2024: 78% valore gen-mag 2025: 81%)		
				ASUFC	>=93% (valore 2024: 80% valore gen-mag 2025: 84%)	Monito- raggio	
3.6.h	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPIN	<p>% di consumo di farmaci biosimilari o vincitore di gara rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10)</p> <p>Modalità di calcolo: UP farmaco biosimilare/totali UP</p>	<p>= 80% (valore 2024: 74% valore gen-mag: 2025 73%)</p>	ASFO	>=75% (valore 2024: 72% valore gen-mag 2025: 63%)		
				ASUFC	>=82% (valore 2024: 82% valore gen-mag 2025: 81%)	Monito- raggio	

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
		consumate Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata		ASUGI	>=75% (valore 2024: 63% valore gen-mag 2025: 45%)		
				BURLO	>=90% (valore 2024: 72% valore gen-mag 2025: 94%)		
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: 89,7%)	ASFO	≥ 85 % (valore gen-giu 2025: 83,3 %)		Monito- raggio
				ASUFC	≥ 93% (valore gen-giu 2025: 91,7 %)		
				ASUGI	≥ 90% (valore gen-giu 2025: 0 %)		
				BURLO	≥ 92% (valore gen-giu 2025: 90,9 %)		
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 (ATC Fattore di crescita delle colonie: L03AA)	% 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: 66% valore gen-mag 2025: 81%)	ASFO	>=90% (valore 2024: 59% valore gen-mag 2025: 82%)		Monito- raggio
				ASUFC	>=90% (valore 2024: 49% valore gen-mag 2025: 67%)		
				ASUGI	>=90% (valore 2024: 83% valore gen-mag 2025: 93%)		
				BURLO	>=95% (valore 2024: 53% valore gen-mag 2025: 96%)		
				CRO	>=95% (valore 2024: 86% valore gen-mag 2025: 95%)		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	>70% (Valore gen-giu 2025: ≥ 69,6%)	ASFO	≥72% (valore gen-giu 2025: 70%)	Monito-raggio condiviso	Monito-raggio condiviso
				ASUFC	≥70% (valore gen-giu 2025: 67,4%)		
				ASUGI	≥75% (valore gen-giu 2025: 73,3 %)		
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 = $\frac{(up\_bios\_ustek)}{(up\_orig\_ustek + up\_bios\_ustek)} \times 100$	Raggiunto ≥70% Parz. Raggiunto ≥65% (Valore gen-giu 2025: ≥ 51%)	ASFO	≥70% (valore gen-giu 2025: 55%)	Monito-raggio condiviso	Monito-raggio condiviso

### 3.6.1 Assistenza integrativa

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. Quest’ultime sono inoltre oggetto di continui aggiornamenti tecnologici con l’immissione sul mercato di prodotti dalle prestazioni più evolute e potenzialmente più costosi.

Pertanto, 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, sulla base dei dati disponibili, aggiornati al 30/6/2025, il limite previsionale medio di spesa (al lordo dell’IVA) per l’anno 2026, a cui tendere per l’acquisto complessivo dei dispositivi di cui ai precedenti riferimenti, è riportato nella tabella seguente, tenuto 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.

<b>Ente</b>	<b>proiez. al 31/12/2025</b>	<b>limite di spesa 2026</b>
ASFO	3.345.918	5.092.620
ASUFC	6.508.130	7.812.545
ASUGI	6.349.291	7.106.240

Nel corso del 2026, per una miglior analisi e benchmarking tra i professionisti, la DCS, in collaborazione con ARCS, predisporrà un report di monitoraggio della spesa per queste tecnologie, comprese quelle a bassa complessità, per

le quali è prevista una riduzione in termini di utilizzo e di impatto economico derivante anche dalla messa a regime delle nuove modalità di acquisto, prescrizione ed erogazione (gara CONSIP, prescrizione informatizzata e DPC). Nel secondo semestre del 2025 è stata avviata in un'azienda pilota l'informatizzazione della prescrizione dei dispositivi come previsto dalla DGR 808/2024. Nel corso dell'anno tale modalità verrà estesa a tutte le Aziende sanitarie e nel 2026 sarà portata a regime in tutti gli Enti.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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%	Monitoraggio	

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

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.6.1.b	Le Aziende implementano l'utilizzo del PSM2-AFIR per la registrazione delle erogazioni delle erogazioni dei dispositivi di assistenza integrativa per un miglior monitoraggio e governo	<p>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</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>erogazioni registrate si/no</p>

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 gli Enti avvieranno dei percorsi formativi interni per favorire l'appropriatezza d'uso delle medicazioni, migliorare le ricadute dell'assistenza e l'efficienza del sistema.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.6.1.c	<p>1. Nel 2026, vengono attuati dei percorsi formativi per favorire l'uso appropriato delle medicazioni e delle risorse.</p> <p>2. L'uso di questi dispositivi viene monitorato periodicamente</p>	<p>1. Nel 2026, ARCS organizza, in collaborazione con la DCS, un evento formativo regionale sull'uso delle medicazioni</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Evento realizzato entro il 30 giugno 2026</p> <p>Successivamente, gli Enti del SSR realizzano dei percorsi formativi interni sull'uso delle medicazioni sia in ambito ospedaliero che territoriale</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Ogni Ente realizza almeno 1 edizione formativa sul tema entro il 31/12/2026</p> <p>2. Il Tavolo di monitoraggio dei dispositivi medici analizza periodicamente i dati di spesa e consumo delle medicazioni:</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I. ARCS presenta al tavolo almeno 3 report di monitoraggio entro il 31/12/2026</li> <li>II. 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</li> </ul>

### **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 monitoraggio 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.

Successivamente, il DM 25 novembre 2013 ha ampliato il nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11 giugno 2010.

Il Ministero della Salute monitora i dati trasmessi dalle Regioni e presenti nel flusso NSIS, e definisce gli indicatori relativi al flusso contratti dispositivi medici e dei dati rilevati dal Modello di conto economico per il periodo gennaio-dicembre.

Considerato che la qualità dei dati acquisiti nel NSIS è soggetto alla verifica degli adempimenti LEA ai quali sono tenute le Regioni, nel 2025 il Tavolo regionale di lavoro per il monitoraggio della spesa e dei consumi dei dispositivi medici ha condotto degli approfondimenti specifici su questo tema. Nel complesso, le attività svolte hanno consentito di migliorare la qualità dei dati trasmessi con i flussi ministeriali e sono state individuate delle soluzioni tecnico-organizzative per il conferimento dei dati dei contratti.

Tuttavia, in generale, su questi temi sono emersi alcuni disallineamenti su cui tutti gli Enti sono tenuti ad intervenire i fini del governo.

Nel 2026, gli Enti continuano 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).

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.a	<p>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</p>	<p>1. Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici.</p> <p>L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.</p> <p><i>Modalità di valutazione (ARCS):</i></p> <p>Per ogni Ente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. al 30/6/2026 e 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) si/no</li> <li>1.2. riduce entro il 30 aprile 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. si/no</li> </ol> <p>2. Gli Enti contabilizzano correttamente i costi dei dispositivi nelle voci CE BA0220, BA0230 e BA0240 di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 maggio 2019 sui modelli di rilevazione economica, secondo le indicazioni operative fornite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute con nota prot. n. 0007435-17/03/2020-DGPROGS-MDS-P, <i>"Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Individuazione delle fatture di interesse per l'applicazione delle disposizioni previste dall'articolo 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015 n. 78, come modificato dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 557"</i>.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>gli Enti contabilizzano</p> <p>ARCS invia alle Aziende un report mensile dedicato per la verifica della corretta contabilizzazione dei DM nei CE nelle rispettive voci di CE BA0220, BA0230 e CE BA0240.</p> <p>si/no</p>

### 3.8 Dispositivo vigilanza

L'attività svolta dalla rete regionale di dispositivo-vigilanza nel 2025 è stata positiva. Il Ministero della Salute ha confermato 4 indicatori per la verifica degli adempimenti LEA al cui conseguimento concorrono gli Enti del SSR per il tramite dei Responsabili Locali di Vigilanza.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.8.a	<p>Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025</p>	<p>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.</p> <p>2. Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori di cui alla nota citata</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza</li> <li>2. Per ogni Ente: <ul style="list-style-type: none"> <li>I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono sempre attivo il profilo</li> <li>II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute</li> <li>III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta</li> </ul> </li> </ol>

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 che nelle organizzazioni si diffonda la 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".

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
3.8.b	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivo-vigilanza	<p>In ogni Ente del SSR è assicurata la formazione degli operatori sanitari sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.</p> <p>Modalità di valutazione: al 31/12/2026 almeno due ulteriori (rispetto al 2025) operatori sanitari di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria, di ogni Dipartimento di salute mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione e Distretto hanno superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza si/no</p>

### 3.9 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici

Nel 2026 proseguono le attività del Tavolo di monitoraggio dei dispositivi medici, coordinato da ARCS in collaborazione con la DCS, e gli incontri bimensili secondo un calendario da definire entro il 15 gennaio 2026.

Gli Enti assicurano la partecipazione dei loro referenti ad ogni riunione e lo svolgimento delle attività che si rendessero necessarie per un miglioramento del monitoraggio e della comprensione dei dati.

Le DCS, in collaborazione con ARCS, trasmetterà periodicamente agli Enti un report di monitoraggio strutturato.

<b>Cod. ob.</b>	<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
3.9.a	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nel 2026 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa, dei consumi dei dispositivi medici e degli indicatori definiti nel presente atto</li>   <li>2. Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici</li> </ol>	<p>1.1 ARCS convoca il Tavolo, redige un verbale di ogni incontro e lo trasmette al tavolo di lavoro e alle Direzioni degli Enti</p> <p>Modalità di valutazione: ARCS trasmette il verbale entro 20 giorni dalla data dell'incontro: si/no</p> <p>1.2 ARCS collabora con la DCS nella realizzazione del Report di monitoraggio, fornendo i dati e gli approfondimenti che saranno concordati</p> <p>Modalità di valutazione: ARCS riscontra le richieste della DCS e collabora alla lettura e approfondimento delle analisi per la realizzazione del report: si/no</p> <p>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</p> <p>Modalità di valutazione: partecipazione dei referenti degli Enti alle riunioni e relazione</p>

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
		<p>presentata entro i termini: si/no</p> <p>2.2 Gli Enti diffondono agli operatori interessati il report di monitoraggio trasmesso dalla DCS</p> <p>Modalità di valutazione: evidenza della diffusione di ogni report: si/no</p>

### 3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici

Come è noto, il DL 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, nella legge 7 agosto 2012, n. 135, s.m.i, ha fissato il tetto di spesa nazionale e per le regioni per l'acquisto di dispositivi medici al 4,4 per cento riferito al fabbisogno sanitario nazionale standard, e il DL n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, e s.m.i, ha stabilito le modalità di rilevazione del superamento di tale tetto.

Fermo restando quanto sopra, nel 2026 gli Enti continuano 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.

ARCS, in collaborazione con Insiel e gli altri Enti, definisce entro il 2026 una reportistica per la verifica dell'appropriata gestione delle fatture dei DM/IVD, secondo le richiamate note ministeriali. La gestione corretta delle fatture è a regime nel 2026.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.10.a	Definizione di un report di monitoraggio delle fatture riferite all'acquisto di DM/IVD	Disponibilità sugli applicativi regionali di un appropriato report di monitoraggio delle fatture riferite all'acquisto di DM/IVD	28/02/2026	ARCS	Report disponibile sugli applicativi regionali	Invio report	-
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	31/12/2026	Tutti gli Enti del SSR	Al 31/12/2026 almeno il 95% delle fatture per l'acquisto di DM/IVD risultano gestite secondo le indicazioni ministeriali	Coordinamento e vigilanza	-
3.10.c	Monitoraggio gestione fatture	ARCS assicura 3 monitoraggi periodici e ne restituisce gli esiti a tutti gli Enti	31/01/2027	ARCS	3 monitoraggi effettuati e comunicati agli Enti entro il 31/01/2027	Invio monitoraggi	Vigilanza

Dal 2024 sono stati introdotti degli indicatori di efficienza d'uso di alcuni dispositivi medici, avvalendosi del sistema di valutazione delle performance del Network delle Regioni (c.d. BERSAGLIO) della Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa, che ha consentito complessivamente un miglioramento del sistema.

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.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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 ≤22,09€ (valore 2024: 22,09€ Valore gen-mag 2025: 23,44€)	ASFO	Valore ≤17,8€ (valore 2024: 17,8€ valore gen-mag 2025: 18,25€)	Monitoraggio	
				ASUFC	Valore ≤23,33€ (valore 2024: 23,33€ valore gen-mag 2025: 25,01€)		
				ASUGI	M Valore ≤24,11€ (valore 2024: 24,11€ valore gen-mag 2025: 25,58€)		
				BURLO	Valore ≤19,21€ (valore 2024: 19,21€ valore gen-mag 2025: 21,95€)		
				CRO	Valore ≤14,71€ (valore 2024: 14,71€ valore gen-mag 2025: 15,57€)		
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 ≤3,37€ (valore 2024: 3,37€ Valore gen-mag 2025: 3,21€)	ASFO	Valore ≤2,05€ (valore 2024: 2,05€ valore gen-mag 2025: 2,03€)	Monitoraggio	
				ASUFC	Valore ≤3,82€ (valore 2024: 3,82€ valore gen-mag 2025: 3,60€)		
				ASUGI	Valore ≤3,28€ (valore 2024: 3,28€ valore gen-mag 2025: 3,25€)		
				BURLO	Valore ≤3,55€ (valore 2024: 3,55€ valore gen-mag 2025: 3,18€)		

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO	Valore ≤4€ (valore 2024: 4,19€ valore gen-mag 2025: 3,14€)		
3.10.d	Governo della spesa per medicazioni specialistiche utilizzo territoriale	Costo medicazioni specialistiche per giornata di assistenza ADI	Valore ≤2,4€ (valore 2024: 2,73€ Valore gen-mag 2025: 2,33€)	ASFO	Valore ≤2,4€ (valore 2024: 2,74€ valore gen-mag 2025: 2,36€)	Monitoraggio	
		Modalità di calcolo: costo medicazioni (CND Mo4)/ n. giornate di assistenza in ADI		ASUFC	Valore ≤2,1€ (valore 2024: 2,41€ valore gen-mag 2025: 2,07€)		
		Fonte: SISSR-BO-dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura o2, destinazione "D-Assistenza domiciliare", destinazione di utilizzo "diretta")		ASUGI	Valore ≤2,8€ (valore 2024: 3,30€ valore gen-mag 2025: 2,78€)		
3.10.e	Governo della spesa media per protesi di ginocchio	Costo protesi del ginocchio per punto DRG	≤1.355€ (valore 2024: 1.230,45€ valore gen-apr 2025: 1.330,93€)	ASFO	≤1.355€ (valore 2024: 1.060,88€ valore gen-apr 2025: 1.351,64€)	Monitoraggio	
		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)		ASUFC	≤1.355€ (valore 2024: 1.321,89€ valore gen-apr 2025: 1.351,66€)		
		Fonte: SISSR-BO-dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura o1, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")		ASUGI	≤1.300€ (valore 2024: 1.118,42€ valore gen-apr 2025: 1.282,80€)		

Nel 2024 ARCS ha condotto una ricognizione sulle procedure aziendali per la gestione delle modalità di richiesta di acquisto di Dispositivi Medici da cui è emersa una certa disomogeneità organizzativa tra gli Enti. Considerata la rilevanza della tematica e l'attenzione che vi è stata posta anche nel 2025, attraverso le attività di gruppi di lavoro dedicati a specifiche fattispecie di dispositivi nell'ambito del Tavolo di monitoraggio regionale dei DM, si vuole aggiornare e approfondire lo stato attuale.

Al riguardo, considerata l'importanza di assicurare equità delle prestazioni, comprese quelle correlate all'uso di dispositivi nuovi/innovativi, si ritiene che una ricognizione periodica delle richieste e delle valutazioni di introduzione di nuovi DM nell'assistenza possa fornire un valido contributo in tal senso nonché un supporto per comprendere/stimare alcune possibili ricadute sulla spesa correlata al consumo di dispositivi.

Pertanto nel 2026 la DCS intende avviare un'attività istruttoria sui procedimenti aziendali correlati alle richieste di nuova introduzione di DM nella pratica clinico-assistenziale, avvalendosi della collaborazione degli Enti e del supporto dei professionisti per gli approfondimenti che saranno ritenuti necessari/utilì.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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 pervenuti entro i termini indicati: si/no	Enti del SSR	Riscontri completi e tempestivi	ARCS collabora con la DCS nelle attività specifiche che saranno concordate	Avvio attività e invio richieste

## 4. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera le linee di indirizzo regionali del 2026 sono volte da un lato a recuperare tempestività nella risposta ai bisogni dei cittadini, dall'altra a recuperare efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei servizi. Il cammino intrapreso nella valutazione degli indicatori di performance del sistema sanitario all'interno del Network delle Regioni coordinato dall'Istituto S. Anna di Pisa, ha innescato nel corso dell'anno 2023, 2024 e 2025 dei percorsi di miglioramento che hanno portato, seppur in maniera non omogenea a livello regionale, dei risultati incrementali rispetto agli anni precedenti. Diventa pertanto fondamentale proseguire nelle attività di monitoraggio e banchmark 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 ogni azienda regionale, nell'ottica di avvicinare le performance regionali 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.

### 4.1 Appropriatezza e efficienza operativa

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
LeaNSG H04Z	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,16 (valore FVG 2024: 0,19 Valore gen-apr 2025: 0,19)	ASFO	<= 0,15 (valore FVG 2024: 0,17 Valore gen-apr 2025: 0,17)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea NSGH05Z	Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 87  (valore FVG 2024: 72,9% Valore gen-apr 2025:79%)	ASFO	>= 80 (valore FVG 2024: 58,77% Valore gen-apr 2025: 65,4%)		
				ASUFC	>= 90 (valore FVG 2024:85,13% Valore gen-apr 2025:90,7%)		
				ASUGI	>= 85 (valore FVG 2024: 67,3% Valore gen-apr 2025: 75%)		
BERSAGLIO C2A,M	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00  (valore FVG 2024: 0,28 Valore gen-apr 2025: 0,30)	ASFO	<0,00 (valore FVG 2024: -0,45 Valore gen-apr 2025: -0,30)		
				ASUFC	<0,00 (valore FVG 2024: 0,71 Valore gen-apr 2025: 0,79)		
				ASUGI	<0,00 (valore FVG 2024:0,49 Valore gen-apr 2025: 0,24)		
				BURLO	<0,00 (valore FVG 2024:-0,46 Valore gen-apr 2025: -0,51)		
				CRO	<0,00 (valore FVG 2024:-0,62 Valore gen-apr 2025:0,83)		
BERSAGLIO C2A,C	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Miglioramento rispetto al valore storico  (valore FVG 2024: 0,98 Valore gen-apr 2025: 0,77)	ASFO	<0,00 (valore FVG 2024: 0,35 Valore gen-apr 2025: 0,09)		
				ASUFC	<0,40 (valore FVG 2024: 1,24 Valore gen-apr 2025: 1,04)		
				ASUGI	<0,40 (valore FVG 2024: 1,24 Valore gen-apr 2025: 1,03)		
				BURLO	<0,00 (valore FVG 2024:0,33 Valore gen-apr 2025: 0,56)		
				CRO	<0,00 (valore FVG 2024: 0,23 Valore gen-apr 2025: -0,45)		
BERSAGLIO 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: 50,30% Valore gen-apr 2025: 62,15%)	ASFO	>= 65% (valore FVG 2024: 61,83% Valore gen-apr 2025: 70,31%)		
				ASUFC	>= 65% (valore FVG 2024: 47,65% Valore gen-apr 2025: 57,63%)		
				ASUGI	>= 65% (valore FVG 2024: 45,84% Valore gen-apr 2025: 62,24%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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: 53,56% Valore gen-apr 2025: 61,36%)	ASFO	>= 65% (valore FVG 2024: 37,29% Valore gen-apr 2025: 55,56%)		
				ASUFC	>= 65% (valore FVG 2024: 45,10% Valore gen-apr 2025: 54,39%)		
				ASUGI	>= 65% (valore FVG 2024: 73,93% Valore gen-apr 2025: 73,42%)		

#### 4.1.1 Miglioramento appropriatezza del setting nell'attività chirurgica

Ulteriori Specifici obiettivi vengono, inoltre, assegnati alle aziende per perseguire il miglioramento dell'appropriatezza del setting utilizzato nelle singole sedi utilizzate dall'azienda per l'erogazione delle attività chirurgiche. I valori storici dell'anno 2024 di riferimento per le Sedi aziendali utilizzati per l'individuazione degli obiettivi, i valori storici dell'anno 2024 aziendali, così come i valori target assegnati, si riferiscono all'attività complessivamente erogata e da erogarsi in regime di Day Hospital rispetto al totale dell'attività (Day Hospital più degenza ordinaria) per gli interventi classificati con i DRG associati alla branca specialistica di riferimento indicata. Eventuali scostamenti dai target assegnati agli Enti possono essere ammessi solo in presenza di specifiche e comprovate concomitanti azioni in atto di riorganizzazione dell'offerta aziendale dei servizi erogati.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti		Ruolo ARCS
4.1.1.a.1	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni chirurgiche	dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 29,26%	<b>ASFO</b> - target per la Sede di erogazione: S.Maria Degli Angeli, per i DRG selezionati per la branca: otorinolaringoiatria e chir.maxillofacciale (DRG inclusi: 055-miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola; 169-interventi sulla bocca senza cc)	30,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 14,12%)	
4.1.1.a.2		erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppati per branca disciplinare di afferenza	dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 58,84%	ASFO- target per la Sede di erogazione: S.Maria Degli Angeli, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 119-legatura e stripping di vene; 158-interventi su ano e stoma senza cc; 266-trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc; 339-interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni; 340-interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni; 342-circoncisione, età > 17 anni)	40,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 8,18%)	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti	Ruolo ARCS
4.1.1.a.3			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 61,59%	ASFO- target per la Sede di erogazione: S.Maria Degli Angeli, per i DRG selezionati per la branca: ortopedia(DRG inclusi: 232-artroscopia; 503-interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione; 538-escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc)	40,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 12,23%)
4.1.1.a.4			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 60,67%	ASFO- target per la Sede di erogazione: S.Maria Degli Angeli, per i DRG selezionati per la branca: ginecologia(DRG inclusi: 381-aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia)	32,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 2,08%)
4.1.1.a.5			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 73,53%	ASFO- target per la Sede di erogazione: S.Maria Degli Angeli, per i DRG selezionati per la branca: multidisciplinare(DRG inclusi: 270-altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc)	60,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 37,50%)
4.1.1.f.a.6			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,29%	ASFO- target per la Sede di erogazione: San Vito, per i DRG selezionati per la branca: otorinolaringoiatria e chir.maxillofacciale(DRG inclusi: 055-miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 10,83%)
4.1.1.a.7.			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,48%	ASFO- target per la Sede di erogazione: San Vito, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 158-interventi su ano e stoma senza cc)	20,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 1,44%)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti	Ruolo ARCS
4.1.1.a.8			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 64,76%	ASFO- target per la Sede di erogazione: San Vito, per i DRG selezionati per la branca: ortopedia(DRG inclusi: 503- interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione; 538- escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc)	50,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 17,27%)
4.1.1.a.9			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 25,72%	ASFO- target per la Sede di erogazione: San Vito, per i DRG selezionati per la branca: multidisciplinare(DRG inclusi: 227- interventi sui tessuti molli senza cc)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 13,43%)
4.1.1.a.10			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 35,35%	ASFO- target per la Sede di erogazione: Spilimbergo, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 158-interventi su ano e stoma senza cc; 160- interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc)	30,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 9,80%)
4.1.1.a.11			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 25,72%	ASFO- target per la Sede di erogazione: Spilimbergo, per i DRG selezionati per la branca: multidisciplinare(DRG inclusi: 227- interventi sui tessuti molli senza cc)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 9,68%)
4.1.1.a.12			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,48%	ASFO- target per la Sede di erogazione: C.C. San Giorgio, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 158- interventi su ano e stoma senza cc)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 21,33%)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti	Ruolo ARCS
4.1.1.b.1	Miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni chirurgiche nelle varie Sedi operative per le Aziende per DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	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	dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,29%	<b>ASU FC-</b> target per la Sede di erogazione: Latisana, per i DRG selezionati per la branca: otorinolaringoiatria e chir.maxillofacciale(DRG inclusi: 055-miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola)	20,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 0,00%)
4.1.1.b.2			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 64,17%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: Latisana, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 158-interventi su ano e stoma senza cc; 160-interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc; 162-interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc)	50,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 16,25%)
4.1.1.b.3			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 64,76%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: Latisana, per i DRG selezionati per la branca: ortopedia(DRG inclusi: 503-interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione; 538-escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc)	45,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 10,00%)
4.1.1.b.4			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 77,67%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: Latisana, per i DRG selezionati per la branca: ginecologia(DRG inclusi: 364-dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne; 381-aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia)	55,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 37,14%)
4.1.1.b.5			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 71,99%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: Palmanova, per i DRG selezionati per la branca: ortopedia(DRG inclusi: 503-interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione)	55,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 36,16%)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti	Ruolo ARCS
4.1.1.b.6			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,29%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: S.Maria Misericordia, per i DRG selezionati per la branca: otorinolaringoiatria e chir.maxillofacciale(DRG inclusi: 055-miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola)	20,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 3,55%)
4.1.1.b.7			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 54,50%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: S.Maria Misericordia, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 160-interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc)	50,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 25,66%)
4.1.1.b.8			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 49,33%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: S.Maria Misericordia, per i DRG selezionati per la branca: multidisciplinare(DRG inclusi: 040-interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni)	50,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 33,88%)
4.1.1.b.9			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,48%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: San Daniele, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 158-interventi su ano e stoma senza cc)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 11,86%)
4.1.1.b.10			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,29%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: Tolmezzo, per i DRG selezionati per la branca: otorinolaringoiatria e chir.maxillofacciale(DRG inclusi: 055-miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 14,29%)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti	Ruolo ARCS
4.1.1.b.11			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 71,99%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: Tolmezzo, per i DRG selezionati per la branca: ortopedia(DRG inclusi: 503-interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione)	60,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 48,48%)
4.1.1.b.12			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,48%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: C.C. Citta Di Udine, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 158-interventi su ano e stoma senza cc)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 20,51%)
4.1.1.b.13			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 66,61%	ASU FC- target per la Sede di erogazione: C.C. Citta Di Udine, per i DRG selezionati per la branca: ortopedia(DRG inclusi: 232-artroscopia; 503-interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione)	65,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 41,16%)
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 inappropriatezza		dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 44,36%	<b>ASU GI-</b> target per la Sede di erogazione: Ospp.Riuniti Di Trieste, per i DRG selezionati per la branca: oculistica(DRG inclusi: 036-interventi sulla retina; 038-interventi primari sull'iride; 039-interventi sul cristallino con o senza vitrectomia; 042-interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino)	44,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 0,00%)
4.1.1.c.2			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 29,26%	ASU Gi- target per la Sede di erogazione: Ospp.Riuniti Di Trieste, per i DRG selezionati per la branca: otorinolaringoiatria e chir.maxillofacciale(DRG inclusi: 055-miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola; 169-interventi sulla bocca senza cc)	30,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 12,39%)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti	Ruolo ARCS
4.1.1.c.3		incremento rispetto all'anno 2024 delle percentuali di prestazioni chirurgiche erogate in setting Day Hospital sul totale delle prestazioni	dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 61,97%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Ospp.Riuniti Di Trieste, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 266-trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc; 339-interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni)	50,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 34,94%)
4.1.1.c.4		chirurgiche erogate per specifici DRG selezionati per ogni sede erogativa selezionata raggruppatti per branca disciplinare di afferenza	dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 62,10%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Ospp.Riuniti Di Trieste, per i DRG selezionati per la branca: ortopedia(DRG inclusi: 229-interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc; 232-artroscopia; 503-interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione)	45,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 16,47%)
4.1.1.c.5			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 34,16%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Ospp.Riuniti Di Trieste, per i DRG selezionati per la branca: multidisciplinare(DRG inclusi: 040-interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni; 227-interventi sui tessuti molli senza cc)	30,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 8,57%)
4.1.1.c.6			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 38,53%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Gorizia, per i DRG selezionati per la branca: otorinolaringoiatria e chir.maxillofacciale(DRG inclusi: 169-interventi sulla bocca senza cc)	25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 0,00%)
4.1.1.c.7			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 48,25%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Gorizia, per i DRG selezionati per la branca: chirurgia generale(DRG inclusi: 158-interventi su ano e stoma senza cc; 160-interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc; 266-trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc; 339-interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni)	45,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 26,45%)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Media regionale di riferimento	Target Enti	Ruolo ARCS
4.1.1.C.8			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 48,93%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Gorizia, per i DRG selezionati per la branca: branca: ortopedia (DRG inclusi: 229- interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc; 538- escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc)	48,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 32,14%)
4.1.1.C.9			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 73,53%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Gorizia, per i DRG selezionati per la branca: branca: multidisciplinare (DRG inclusi: 270- altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc)	60,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 47,37%)
4.1.1.C.10			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 35,35%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Monfalcone, per i DRG selezionati per la branca: branca: chirurgia generale (DRG inclusi: 158- interventi su ano e stoma senza cc; 160- interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc)	35,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 14,41%)
4.1.1.C.11			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 46,32%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Monfalcone, per i DRG selezionati per la branca: branca: ortopedia (DRG inclusi: 229- interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc; 232- artroscopia; 538- escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc)	45,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 23,62%)
4.1.1.C.12			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 73,53%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Monfalcone, per i DRG selezionati per la branca: branca: multidisciplinare (DRG inclusi: 270- altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc)	60,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 40,00%)

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Media regionale di riferimento</b>	<b>Target Enti</b>		<b>Ruolo ARCS</b>
4.1.1.C.13			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 24,48%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: C.C Sanatorio Triestino, per i DRG selezionati per la branca: branca: chirurgia generale (DRG inclusi: 158-interventi su ano e stoma senza cc)		25,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 15,29%)
4.1.1.C.14			dato medio regionale 2024 rapporto complessivo DH su totale ricoveri chir. per i DRG indicati: 83,59%	ASU GI- target per la Sede di erogazione: Pol. Triestino Salus, per i DRG selezionati per la branca: branca: chirurgia generale (DRG inclusi: 119-legatura e stripping di vene)		70,00 % (nell'anno 2024 perc.DH su tot.ricoveri chir. per DRG considerati per la Sede: 51,72%)

## 4.2 Assistenza materno infantile

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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%	ASFO	>=70%		Monito-raggio
				ASUFC	>=70%		
				ASUGI	>=70%		
				BURLO	>=70%		
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%	ASFO	>=90%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
				BURLO	>=90%		
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%	ASFO	>=50%		Monito-raggio
				ASUFC	>=50%		
				ASUGI	>=50%		
				BURLO	>=50%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
BERSAGLIO C7.3	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	< 20%	ASFO	< 20%	Monito-raggio	
				ASUFC	< 20%		
				ASUGI	< 20%		
				BURLO	< 20%		
BERSAGLIO C7.6	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5% (valore FVG 2024:8,89% Valore gen-apr 2025: 8,31%)	ASFO	< 7,5% (valore 2024: 10,43% Valore gen-apr 2025: 9,41%)	Monito-raggio	
				ASUFC	< 7,5% (valore 2024: 8,57% Valore gen-apr 2025: 6,97%)		
				ASUGI	< 7,5% (valore 2024: 8,84% Valore gen-apr 2025: 9,20%)		
				BURLO	< 7,5% (valore 2024: 7,42% Valore gen-apr 2025: 8,91%)		
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 il 30 settembre; relazione attività trasmessa a DCS e ARCS entro il 31/12	ASFO	Trasmissione documento a DCS e ARCS entro il 30/09/2026; Trasmissione relazione attività a DCS e ARCS entro il 31/12/2026	Monito-raggio	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
4.2.e		Percentuale di neonati dimessi dal punto nascita con attribuzione del PLS, per garantire la presa in carico entro il primo mese di vita	>90%	ASFO	>90%	Monito-raggio	
				ASUFC	>90%		
				ASUGI	>90%		
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	Aumento del 20% rispetto al 2025	ASFO	+20%	Monito-raggio	
				ASUFC	+20%		
				ASUGI	+20%		
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 formativo	ASFO	1 evento	Monito-raggio	
				ASUFC	1 evento		
				ASUGI	1 evento		
				BURLO	1 evento		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
4.2g.2		% di puerpera a cui è somministrato il test Edinburgh Postnatal Depression Scale tra 15 e 45 gg dal parto	>=75%	ASFO	>=75%		Monito- raggio
				ASUFC	>=75%		
				ASUGI	>=75%		
4.2h	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	N° di ore settimanali schedulate in agenda di consulenza psicologica dedicata al progetto	>=2 ore per distretto	ASFO	>=2 ore per distretto		
				ASUFC	>=2 ore per distretto		
				ASUGI	>=2 ore per distretto		
4.2i	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	% di donne segnalate alla psichiatria che sono prese in carico	100%	ASFO	100%		
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
4.2j	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale: promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Un evento formativo, anche congiunto, per l'acquisizione e il mantenimento delle competenze degli operatori coinvolti nel trasporto di emergenza neonatale	>=1 evento formativo	ASUFC	>=1 evento formativo		Monito- raggio
				BURLO	>=1 evento formativo		

#### 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". Sono attivi i punti nascita nelle strutture che nel 2025 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali concesse, ovvero deroghe che siano già state formalmente richieste dalla Regione e non sia ancora disponibile il relativo riscontro ministeriale, e comunque sempre condizionatamente alla valutazione dell'Azienda sanitaria di sussistenza dei necessari requisiti di sicurezza sanitaria. Laddove le aziende lo ritengano opportuno e sostenibile, nell'ambito dell'autonomia gestionale dell'Azienda è facoltà del Direttore Generale sospendere anche ulteriori punti nascita che abbiano realizzato meno di 1000 parti nell'anno 2025.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>			<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	Entro il 31.12.2026	ASUGI	Sono attivi i punti nascita 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	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		
				ASFO				
				ASUFC				

#### 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"). Il Centro di Regionale Trapianti realizzerà almeno un corso di formazione per la donazione da donatore a cuore fermo (DCD).

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>			<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASFO	4 incontri per COP per Azienda			
				ASUFC	4 incontri per COP per Azienda			
				ASUGI	4 incontri per COP per Azienda			
		Ogni COP redige una relazione annuale e la invia al Centro Regionale Trapianti	Entro il 31.12.2026	ASFO	RELAZIONE annuale			
				ASUFC	RELAZIONE annuale			
				ASUGI	RELAZIONE annuale			
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	>=5%	ASFO	Mantenimento procedura donazione			
				ASUFC	Avvio percorso donazione hospice Cividale. Almeno 5 nell'anno			
				ASUGI	Definizione procedura per donazione in hospice			
				CRO	Mantenimento procedura donazione			

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
4.4.c	Donazione di placenta	Avvio / mantenimento	Avvio / mantenimento	ASFO	Avvio		
				ASUFC	Mantenimento		
				ASUGI	Avvio		
				BURLO	Avvio		
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	Relazione di valutazione delta tra SDO e Registro DLCA	ASFO	2 relazioni semestrali (1 entro 31.08.2026 e 1 entro il 28.02.2027)	FORNI-TURA DATI SDO 1 e 2 SEM	
				ASUFC	2 relazioni semestrali (1 entro 31.08.2026 e 1 entro il 28.02.2027)		
				ASUGI	2 relazioni semestrali (1 entro 31.08.2026 e 1 entro il 28.02.2027)		
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 da ogni azienda al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)	ASFO	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2027)		
				ASUFC			
				ASUGI			
4.4.f	Mantenimento del numero di trapianti di rene	Il numero di trapianti di rene	congruente con gli anni precedenti	ASFO	Segnalazione coppie trapianto da vivente		
				ASUFC	Segnalazione coppie trapianto da vivente		
				ASUGI	Segnalazione coppie trapianto da vivente		
4.4.g	Monitoraggio utilizzo Machine Perfusion	Numero di utilizzazione di Machine Perfusion	Implementazione del data base ISS > 90%	CT Cuore ASUFC	% di implementazione del data base ISS > 90%		
				CT Fegato ASUFC	% di implementazione del data base ISS > 90%		
				CT Rene ASUFC	% di implementazione del data base ISS > 90%		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
4.4.h	Donazione a Cuore Fermo DCD	numero di donatori a cuore fermo	Relazione di monitoraggio	ASFO	Adozione Protocollo Aziendale		
				ASUFC	Monitoraggio		
				ASUGI	Adozione Protocollo Aziendale		
4.4.i	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze 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	Collaborazione	ASFO	COP Collaborazione e monitoraggio		
				ASUFC	COP Collaborazione e monitoraggio		
				ASUGI	COP Collaborazione e monitoraggio		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
4.4.j	Dichiarazioni di volontà nei Comuni	numero di incontri	5 incontri	CRT	5 incontri	Collaborazione con COMPA FVG	
4.4.k	Incontri CRT COP			ASUFC			
4.4.l	Audit Clinici	Numero di eventi	3 incontri	CRT	In collaborazione con Rischio Clinico		

#### 4.5 Piano sangue

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
4.5.a	Autoemoteche: efficienza programmazione annuale	n. di uscite effettuate /n. di uscite programmate	>95%	ASUFC	>95 con monitoraggio trimestrale dell'indicatore e in caso di criticità, in collaborazione con il DMT, promuove e concorda misure correttive sulla cui azione vigila		Indirizzo e coordinamento
4.5.b	Efficienza della raccolta sangue ed emocomponenti nelle sedi fisse dei DMT	n. di presentazioni /n. di accessi disponibili	>90%	ASUFC ASFO ASUGI	>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		Indirizzo e coordinamento
4.5.c	Definire un PDTA regionale per la presa in carico dei pazienti portatori di emoglobinopatie e emocoagulopatie	Formalizzazione del PDTA	2026	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA	Vedi target	
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	2026	ASUFC ASFO ASUGI	Preparazione del progetto di trasferimento entro giugno 2026 e completamento dell'attività entro dicembre 2026		Indirizzo e coordinamento
4.5.e	Inserimento nei Dipartimenti di metodiche di immunoematologia molecolare di 1° livello finalizzata alla terapia trasfusionale in sicurezza	Avvio dell'attività	2026	ASUFC ASFO ASUGI	Inserimento dell'attività nei Laboratori di Immunoematologia finalizzata alla sicurezza trasfusionale		
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	2026	ASFO ASFUC ASUGI	Completamento della rete regionale delle emoglobinopatie con l'inserimento dello screening neonatale di primo livello		Indirizzo e coordinamento

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
4.5.g	Progetto per ottemperare alla formazione completa di tutti i valutatori di ASUFC per i centri di produzione e qualificazione	Convenzione con Centri di Produzione e qualificazione di altre Regioni	2026	DCS	Attivare convenzioni per l'invio dei valutatori di ASUFC alle verifiche di Centri di Produzione e qualificazione extra regione		Presentazione della DGR

## 5. RETI CLINICHE

### 5.1 Reti tempo-dipendenti

#### 5.1.1 Rete emergenza cardiologica

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
5.1.1.a	Definizione piano della rete emergenze cardiologiche per il prossimo triennio	Approvazione con Decreto del DG di ARCS del piano di rete per la rete Emergenze Cardiologiche	entro il 31/10/2026	ARCS	entro il 31/10/2026		
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)	Target 2026>=65% (Valore 2024 49%)	ASFO	>=65% (valore 2024:59%)		
				ASUFC	>=65% (valore 2024:48%)		
				ASUGI	>=70% (valore 2024:68%)		
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	>= 76% (valore 2024 69,48%)	ASFO	>= 85% (valore 2024: 89,71%)		
				ASUFC	>= 75% (valore 2024: 60,71%)%		
				ASUGI	>= 75% (valore 2024: 69,48%)		

### 5.1.2 Rete trauma

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.2.a	Definizione delle progettualità della rete trauma per il prossimo triennio	Approvazione con Decreto del DG di ARCS, conformemente degli indirizzi e delle direttive del Servizio competente della DCS, del piano di rete per la rete Trauma	entro il 31/10/2026	ARCS	entro il 31/10/2026		

### 5.1.3 Rete ictus

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.3.a	Definizione delle progettualità della rete ICTUS per il prossimo triennio	Approvazione con Decreto del DG di ARCS, conformemente degli indirizzi e delle direttive del Servizio competente della DCS, del piano di rete ICTUS	entro il 31/10/2026	ARCS	entro il 31/10/2026		
5.1.3.b	Elaborazione del PDTA per la "Gestione del paziente con Ictus nella fase post-acuta"	Trasmissione alla DCS del PDTA per la "Gestione del paziente con Ictus nella fase post-acuta" per il successivo recepimento	entro il 31.12.2026	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA per la "Gestione del paziente con Ictus nella fase post-acuta" per il successivo recepimento entro il 31.12.2026		
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: 20,33% Valore gen-mar 2025: 20,6%)	ASFO	>=25% (Valore 2024: 19,63% Valore gen-mar 2025: 19,6%)		
5.1.3.d	Miglioramento dell'esecuzione dell'angio TC nei pazienti sottoposti a terapia riperfusiva	% di pazienti soggetti a terapia riperfusiva che sono stati sottoposti ad Angio TC durante il ricovero	>=90% (Valore 2024: 89,49% Valore 1 gen 2025 15 mag 2025: 88,69%)	ASFO	>=90% (Valore 2024: 84,71% Valore 1 gen 2025-15 mag 2025: 78,57%)		
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	>=7,7% (valore 2024: 6,38%)	ASFO	>=5% (Valore 2024: 1,23%)		
				ASUFC	>=8% (Valore 2024: 6,81%)		
				ASUGI	>=9% (Valore 2024: 9,36%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.3.a	Definizione delle progettualità della rete ICTUS per il prossimo triennio	Approvazione con Decreto del DG di ARCS, conformemente degli indirizzi e delle direttive del Servizio competente della DCS, del piano di rete ICTUS	entro il 31/10/2026	ARCS	entro il 31/10/2026		
5.1.3.b	Elaborazione del PDTA per la "Gestione del paziente con Ictus nella fase post-acuta"	Trasmissione alla DCS del PDTA per la "Gestione del paziente con Ictus nella fase post-acuta" per il successivo recepimento	entro il 31.12.2026	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA per la "Gestione del paziente con Ictus nella fase post-acuta" per il successivo recepimento entro il 31.12.2026		
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	<6% (valore 2024 7,7 %)	ASFO	<=6,5% (valore 2024 9,2%)		
				ASUFC	<=5,7% (valore 2024 6,7%)		
				ASUGI	<=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 devono essere discussi, condivisi e approvati dal dipartimento interaziendale funzionale emergenza urgenza.

Come previsto nella DGR 2064/2023 nel corso del 2026 ARCS completerà l'attivazione iniziata nel 2025 presso SORES della figura di medico di centrale nelle 12 ore diurne e in reperibilità notturna 7 giorni su 7, valutando ed implementando sulla base dell'attività l'estensione della presenza sulla 24 ore.

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

- Assicurare le attività previste dalla convenzione stipulata nel corso del 2024 tra ARCS e gli Enti del SSR al fine di garantire la rotazione del personale dell'emergenza territoriale nei vari setting in cui è articolato: centrale operativa, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale (PET). Per il 2026 deve essere garantita la rotazione con il corrispondente scambio di almeno il 30 % del personale di SORES, a tal fine le Aziende del SSR sono responsabili in solido con ARCS nel raggiungimento di tale target.
- Gli Enti assicurano, su richiesta di ARCS, attraverso Piani aziendali aggiornati e trasmessi ad ARCS almeno 45 giorni prima dell'avvio del turno di servizio, un'adeguata dotazione organica medica ed infermieristica alla SORES. I rispettivi Dirigenti medici ed infermieristici aziendali concordano 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 degli Enti del S.S.R. che chieda di essere assegnato alla SORES gli Enti garantiscono il rilascio del relativo assenso alla mobilità in numero sufficiente alle esigenze tempo per tempo definite da ARCS, fermi rimanendo i poteri di indirizzo e controllo da parte della DCS nei riguardi di ARCS.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>Aziende</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ARCS ASFO ASUFC ASUGI	Entro il 28.02.2026		
		Evidenza della realizzazione del piano congiunto	A partire dal 15.03.2026	ARCS ASFO ASUFC ASUGI	A partire dal 15.03.2026		
LEA NSC 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	ASFO	<= 16		
				ASUFC	<= 16		
				ASUGI	<= 16		
				ARCS	<= 16		

## 5.2 Gestione dei percorsi delle cronicità

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>	
5.2.a		Sviluppare, esplicitandone i criteri, un cruscotto di monitoraggio degli indicatori dei PDTA Diabete, BPCO e Scompenso Cardiaco utilizzati dal Ministero adattando il calcolo ad un monitoraggio annuale e infrannuale incrementale e con dettaglio a livello di Distretto.	Il cruscotto è reso disponibile alle Aziende e DCS entro marzo 2026	Arcs	Rende disponibile il cruscotto alle Aziende e a DCS entro marzo 2026	Rende disponibile il cruscotto		
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 $\geq 35$ 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)	$\geq 70\%$	ASFO	$\geq 70\%$	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	Riceve e analizza i risultati, indicando, se necessario, interventi per migliorare la percentuale di copertura.	
				ASUFC	$\geq 70\%$			
				ASUGI	$\geq 70\%$			
		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 $\geq 75\%$	$\geq 70\%$	ASFO	$\geq 70\%$	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
		$\geq 70\%$	ASUFC	$\geq 70\%$				
			ASUGI	$\geq 70\%$				
5.2.d		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 $\geq 75\%$	$\geq 70\%$	ASFO	$\geq 70\%$	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
		ASUFC	$\geq 70\%$					

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
				ASUGI	>= 70 %	DCS e sulla cui attuazione vigila	
5.2.e		% 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	>=50%	ASFO	>=50%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=50%		
				ASUGI	>=50%		
5.2.f		% 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 >=75%	>=50%	ASFO	>=50%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=50%		
				ASUGI	>=50%		
5.2.g		% 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	>=70%	ASFO	>= 70 %	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 70 %		
				ASUGI	>= 70 %		
5.2.h		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 .	ASFO	il report è diffuso a dicembre	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	il report è diffuso a dicembre		
				ASUGI	il report è diffuso a dicembre		

## 5.3 Altre reti

### 5.3.1 Rete cure palliative

Nel corso del 2026 gli Enti sono chiamati a completare, laddove non sia stato realizzato nel 2025, 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.

Per l'anno 2026 particolare attenzione è dedicata, inoltre, al perseguitamento dei seguenti obiettivi assegnati agli Enti:

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
5.3.1.a	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	122 pl (di cui 4 pediatrici)	ASFO	30 pl		
				ASUFC	52 pl		
				ASUGI	36 pl		
				BURLO	4 pl		
5.3.1.b	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	13 (di cui 1 pediatrica)	ASFO	4 (di cui 1 pediatrica)		
				ASUFC	5		
				ASUGI	4		
5.3.1.c	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	Indicatore monitorato mediante relazione semestrale delle singole aziende su attività svolta, con prestazioni effettuate, in orario notturno, prefestivo e festivo rispetto richieste pervenute	ASFO	UCP dom operativa h 24 7/7	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	UCP dom operativa h 24 7/7		
				ASUGI	UCP dom operativa h 24 7/7		
BERSAGLIO D32Z	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 <= 7gg	< 25,0% (FVG valore 2024 24,30% valore gen-mar 2025 21,30%)	ASFO	<25,0% (valore 2024 23% valore gen-mar 2025 29,25%)	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	<25,0% (valore 2024 27,60% valore gen-mar 2025 17,86%)		
				ASUGI	<25,0% (valore 2024 22,79% valore gen-mar 2025 17,50%)		
LEA NSG D30Z	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% ( FVG valore 2024 56,87% valore gen-mar 2025 63,03%)	ASFO	>65,0% (valore 2024 56,92% valore gen-mar 2025 62,44%)	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>65,0% (valore 2024 51,68% valore gen-mar 2025 55,99%)		
				ASUGI	>65,0% (valore 2024 62,01% valore gen-mar 2025 75,30%)		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
5.3.1.d	Sviluppare l'attività ambulatoriale	N° ore die/gg settimana/300.000 ab	>=3 ore/die per 5 gg/settimana ogni 300.000 ab (indicatore monitorato dalle singole aziende)	ASFO	3 ore/die per 5 gg/settimana (dato calcolato per intera popolazione aziendale)	Coordina- mento e monitorag- gio regionale	
				ASUFC	5 ore/die per 5 gg/settimana (dato calcolato per intera popolazione aziendale)		
				ASUGI	3 ore e 30'/die per 5 gg/settimana (dato calcolato per intera popolazione aziendale)		
5.3.1.e	Incrementare la quota di pazienti non oncologici accolti in hospice	% di pazienti non oncologici accolti in hospice	>20%	ASFO	>20% (valore 2024 6,5%)		
				ASUFC	>20% (valore 2024 20,6%)		
				ASUGI	>20% (valore 2024 5%)		
5.3.1.f	Migliorare le procedure di richiesta di valutazione per CP tra diversi setting assistenziali	Trasmissione formale a DCS del documento di consenso della rete "Procedura per la valutazione del paziente che necessita di Cure Palliative"	Trasmissione del documento entro il 31.12.2026	ARCS	Trasmissione del documento entro il 31.12.2026		
5.3.1.g	Adozione a livello aziendale del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale della persone in Cure Palliative in FVG"  Fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	n. di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	almeno 1 per azienda	ASFO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
				ASUFC	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
				ASUGI	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
				BURLO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
				CRO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
5.3.1.h	Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	n. di eventi formativi aziendali	almeno 1 per azienda	ASFO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
				ASUFC	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
				ASUGI	Entro 31.12.2026 effettuazione di		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
					almeno 1 evento formativo		
				BURLO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
				CRO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo		
5.3.1.i	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	ASFO	Entro 30.06.2026	Coordinamento e approvazione del documento di consenso della rete	
				ASUFC	Entro 30.06.2026		
				ASUGI	Entro 30.06.2026		
				BURLO	Entro 30.06.2026		
				CRO	Entro 30.06.2026		
5.3.1.j	PDTA del paziente pediatrico in cure palliative	Trasmissione formale a DCS e ARCS del documento del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in cure Palliative in FVG"	Entro 31.12.2026	BURLO	Entro 31.12.2026		
5.3.1.k	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	ASFO	Entro 31.12.2026		
				ASUFC	Entro 31.12.2026		
				ASUGI	Entro 31.12.2026		

### 5.3.2 Rete terapia del dolore

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target FVG</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
5.3.2.a	Migliorare il percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente con dolore cronico alla schiena	Trasmissione alla DCS del PDTA per la "Gestione del paziente con lombalgia cronica" entro il 31.12.2026	Entro il 31.12.2026	ARCS	Entro il 31.12.2026		

### 5.3.3 Rete diabete

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.3.a	Elaborazione/ aggiornamento del PDTA per la "Gestione del diabete mellito in gravidanza"	Trasmissione alla DCS del PDTA per la "Gestione del diabete mellito in gravidanza"	entro il 31.12.2026	ARCS	entro il 31.12.2026		
5.3.3.b	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% a tendere	ASFO	>=35%		
				ASUFC	>=35%		
				ASUGI	>=60%		
5.3.3.c	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% mantenimento	ASFO	>=80%		
				ASUFC	>=80%		
				ASUGI	>=80%		
5.3.3.d	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 con almeno una microalbuminuria l'anno (l'indicatore è calcolato dalle singole aziende )	>=80%	ASFO	>=80%		
				ASUFC	>=80%		
				ASUGI	>=80%		

### 5.3.4 Rete cuore

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.4.a	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	18,7% (Valore 2024 17,2)	ASFO	15% (valore 2024: 12%)		
				ASUFC	20% (valore 2024: 18,5%)		
				ASUGI	20% (valore 2024:19,4%)		

### 5.3.5 Rete gastroenterologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.5.a	Migliorare il percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente con pancreatite	Trasmissione alla DCS del PDTA per la "Gestione del paziente con pancreatite" entro il 31.12.2026	entro il 31.12.2026	ARCS	entro il 31.12.2026		

### 5.3.6 Rete reumatologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.6.a	Ottimizzazione dell'organizzazione regionale per la gestione delle patologie reumatologiche (DGR 302/2015)	Determina ARCS Reti Cliniche per la riconduzione della rete reumatologica al modello ARCS e l'aggiornamento del Coordinamento della Rete	entro il 31.12.2026	ARCS	entro il 31.12.2026		

### 5.3.7 Rete per l'attivita' di nefrologia, dialisi e trapianti di rene

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.7.a	Recepimento dell'accordo Stato Regioni trasmesso con Atto CSR Rep. n. 61 del 17/04/2025 su Documento di indirizzo per il percorso preventivo diagnostico terapeutico assistenziale (PPDTA) della malattia renale cronica (MRC)"	Trasmissione alla DCS del PDTA di presa in carico del paziente con malattia renale cronica	entro il 31.12.2026	ARCS	entro il 31.12.2026		

### 5.3.8 Rete pneumologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.8.a	Avvio del monitoraggio del PDTA del paziente affetto da BPCO	Evidenza del cruscotto di monitoraggio	Entro il 31.03.2026	ARCS	Entro il 31.03.2026		
		Realizzazione di un incontro di analisi critica degli indicatori monitorati con i referenti Aziendali al fine di porre in essere eventuali azioni di miglioramento	Entro il 30.09.2026	ARCS	Entro il 30.09.2026		

### 5.3.9 Rete senologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
BERSAGLIO H03C	Diminuire la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< 8,0% (valore FVG 2024 10%)	ASFO	< 8,0% (valore 2024 7,3%)		
				ASUFC	< 8,0% (valore 2024 12,9%)		
				ASUGI	< 8,0% (valore 2024 11,8%)		
				CRO	< 8,0% (valore 2024 5,1%)		

### 5.3.10 Rete HPH

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.10a	Consolidare la cultura della Promozione della Salute nel Setting Sanitario e diffondere la strategia 2026-2030 e i risultati della strategia annuale	Realizzazione della conferenza annuale HPH	entro 30/11/2026	ARCS	entro 30/11/2026		
5.3.10b.1	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	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	ASFO	entro 30/06/2026		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
5.3.10b.2	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	ASFO	entro il 31/12/2026		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
				ARCS			

## 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**

Nel corso del 2026 l’Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) proseguirà nel rafforzare l’esercizio delle funzioni attribuite dall’art. 4 della L.R. 27/2018, già recepite nel proprio atto aziendale adottato con decreto n. 159 del 10 agosto 2022, mediante la progressiva attivazione della Struttura dedicata al coordinamento e al controllo del sistema informatico del SSR. Questa scelta rappresenta una linea di continuità rispetto al quadro normativo e organizzativo vigente e consente di consolidare il ruolo di ARCS quale presidio tecnico-organizzativo a supporto del governo centrale del sistema informatico sanitario. Tale funzione svolge un compito di cerniera operativa tra i diversi attori istituzionali coinvolti:

- nei confronti della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, ARCS svolge funzioni di coordinamento tecnico-operativo e di reporting, traducendo gli indirizzi in piani esecutivi e fornendo evidenze sullo stato di attuazione. L’approvazione degli indirizzi, delle priorità strategiche e delle variazioni rilevanti resta in capo alla DCS;
- nei confronti degli Enti del SSR, ARCS svolge attività di coordinamento e di verifica, finalizzate a garantire che i progetti di sviluppo applicativo e di innovazione siano coerenti con l’architettura complessiva dell’ecosistema informativo regionale, integrati tra loro e omogenei nell’impostazione. ARCS interviene, in particolare, per evitare duplicazioni, sovrapposizioni o frammentazioni, per ottimizzare le richieste di sviluppo da indirizzare a INSIEL e per valorizzare le esperienze maturate localmente, mettendole a disposizione del sistema nel suo complesso;
- nei confronti di Insiel S.p.A., ARCS esercita una funzione di raccordo tecnico assicurando che le attività di sviluppo e gestione svolte dalla società in house siano allineate agli indirizzi strategici regionali e coerenti con le esigenze operative degli Enti del SSR. Tale raccordo consente di coniugare il ruolo di Insiel quale soggetto realizzatore delle soluzioni tecnologiche con il ruolo di ARCS quale coordinatore delle priorità applicative e garante della coerenza del sistema.

In questo modo, ARCS consolida il proprio ruolo di hub tecnico-istituzionale, capace di tenere insieme indirizzo programmatico (DCS), esigenze operative e di innovazione (Enti del SSR) e capacità realizzativa (Insiel), assicurando un approccio sistemico alla digitalizzazione del SSR.

La Regione assicura, tramite la programmazione del fabbisogno e l’assegnazione delle risorse finanziarie composite, le condizioni necessarie ad ARCS per costituire la nuova struttura organizzativa con l’obiettivo di svolgere le funzioni di coordinamento, verifica e raccordo in questione.

### **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.

Le modalità di raccordo tra DCS e ARCS sono definite da un protocollo operativo che individua modalità di collaborazione, tempistiche e strumenti di reporting standardizzati. Il protocollo è proposto da ARCS alla DCS entro il 31 marzo 2026.

### **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. Gli Enti del SSR e Insiel sono tenuti 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.

## **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;

È dunque evidente che risulta indispensabile agire sull'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, sia mediante l'adozione di nuovi modelli gestionali, sia, conseguentemente, 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 ciascuna Azienda 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 ciascuna Azienda realizza gli interventi di adeguamento organizzativo attuabili nell'ambito della propria autonomia economica e gestionale, dando puntuale informazione ad ARCS e alla Direzione centrale.

In attuazione della L.R. 16/2023, Insiel S.p.A., quale società in house della Regione, è chiamata a consolidare il proprio ruolo di partner strategico regionale per la trasformazione digitale della sanità. Ciò significa operare in modo proattivo, non limitandosi a garantire la continuità dei servizi ICT, ma contribuendo a individuare soluzioni innovative e sostenibili, sempre nel rispetto e in coerenza con gli indirizzi definiti dalla Direzione centrale salute e dagli Enti del SSR. L'attuale contesto è segnato sia dall'introduzione di nuove normative europee e nazionali in materia di dati, interoperabilità, privacy, intelligenza artificiale e cybersicurezza, sia da un cambiamento profondo dei processi clinici, sanitari e gestionali, che stanno passando da un modello centrato sulla struttura a uno basato su reti e processi integrati a livello territoriale. In questo scenario Insiel è chiamata a partecipare all'interpretazione dei fabbisogni emergenti, derivanti non solo dall'evoluzione normativa ma anche dalla trasformazione organizzativa del sistema, traducendoli in strumenti digitali capaci di supportare percorsi di cura sempre più interconnessi, distribuiti e orientati alla prossimità. In questo quadro, Insiel deve orientare la propria azione esclusivamente sulle esigenze del SSR, traducendo i fabbisogni in soluzioni digitali affidabili, interoperabili e sostenibili. La capacità propositiva della società deve essere esercitata all'interno di un processo condiviso, che ne valuti coerenza e priorità rispetto agli obiettivi di sistema che impedisca interventi non coordinati. In tale

prospettiva, entro il 30 giugno 2026 Insiel presenterà un piano interno di miglioramento e sviluppo concepito non come elenco autonomo di interventi, ma come impegno operativo a rendere la propria organizzazione, i propri processi e le proprie infrastrutture pienamente aderenti alla programmazione del SSR. Il piano definirà meccanismi di governo congiunto delle priorità, criteri di allineamento e verifica periodica con DCS, ARCS ed Enti, livelli di servizio e roadmap di integrazione. L'efficacia del piano sarà misurata su risultati di sistema assicurando che ogni iniziativa di Insiel resti saldamente incardinata nelle scelte strategiche regionali.

### **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, si ritiene opportuno valorizzare, in una logica di sistema, i progetti di digitalizzazione e le competenze specialistiche già maturate all'interno degli Enti del SSR. A tal fine, su specifici progetti o ambiti tematici, la Direzione centrale può attribuire a uno degli Enti del SSR, d'intesa con l'Ente stesso e previo formale atto di nomina, il ruolo di "capofila", con funzioni di coordinamento e di riferimento a beneficio dell'intero sistema, rapportandosi per tale fine con la relativa struttura di coordinamento di ARCS. Questo modello consente di integrare le competenze diffuse sul territorio, di accelerare i tempi di adozione delle soluzioni digitali e di promuovere la diffusione di buone pratiche. Inoltre, assicura una più razionale allocazione delle risorse, rafforza la capacità di rispondere in modo tempestivo ai fabbisogni emergenti e favorisce lo sviluppo di soluzioni innovative, realmente orientate ai processi clinici e gestionali e coerenti con gli indirizzi strategici regionali.

### **6.4 Definizione del Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA)**

La Regione, attraverso la società in house Insiel S.p.A., assicura lo sviluppo e la gestione delle infrastrutture di telecomunicazione e del Sistema Informativo Integrato Regionale, comprensivo anche dei sistemi informativi del SSR. Tale assetto consente agli Enti del SSR di disporre di applicativi e strumenti informatici comuni, progettati in modo da garantire non solo uniformità a livello regionale, ma soprattutto un'integrazione effettiva tra sistemi e processi. L'adozione condivisa di strumenti informatici è infatti efficace nella misura in cui tali strumenti risultano conformi alla normativa vigente, configurabili rispetto alle specifiche esigenze operative e in grado di tutelare i diritti dei titolari del trattamento dei dati, oltre che di assicurare standard elevati di qualità. La ricchezza e varietà dei processi di cura gestiti dagli Enti si traduce in un ampio patrimonio di applicativi specialistici, dedicati a specifici ambiti clinico-assistenziali, che rappresentano una risorsa preziosa per l'innovazione. Proprio per valorizzare tale specificità, la L.R. 16/2023 ha previsto all'interno di Insiel S.p.A. un'articolazione organizzativa dedicata al settore sanitario, dotata di autonomia gestionale e organizzativa, in grado di rafforzare ulteriormente il supporto tecnico-specialistico al SSR.

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. Al fine di rendere tali strumenti ancora più aderenti alle esigenze specifiche degli Enti del SSR, a partire dal 2026 si intende avviare un percorso, in analogia a quanto previsto dalla L.R. 26/2015 in materia di programmazione e pianificazione degli investimenti del SSR, che favorisca una maggiore valorizzazione dei contributi provenienti dalle singole Aziende.

Ciascun Ente sarà pertanto tenuto a predisporre un Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA), da redigersi secondo il formato e le specifiche tecniche definiti dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, che ne assicurerà la coerenza, la confrontabilità e l'omogeneità di impostazione a livello regionale. ARCS realizzerà inoltre, con il necessario contributo e supporto degli Enti e di Insiel SpA, un censimento iniziale dei sistemi informativi in uso presso il SSR al fine di definire una mappatura delle attività/asset IT esistenti, comprendente

anche i contratti di fornitura attivi e relativa durata e dimensione economica, in modo da costruire lo stato di fatto sul quale si innestano i Programmi di Sviluppo definiti dai vari Enti. Anche le informazioni per la mappatura iniziale verranno raccolte secondo il formato e le specifiche tecniche definiti dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, che ne assicurerà la coerenza, la confrontabilità e l'omogeneità di impostazione a livello regionale.

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.

Le voci del PPSA, validate dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità con il supporto dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute, contribuiranno in modo strutturato alla redazione del Piano strategico triennale regionale di Insiel S.p.A. e, conseguentemente, alla definizione del Piano operativo. Pertanto, il processo di redazione e valutazione dei PPSA si articola nelle seguenti fasi:

- gli Enti del SSR sono tenuti ad adottare entro il 31 maggio 2026 il Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi, corredata da una relazione illustrativa, entrambi da redigere secondo le indicazioni che saranno fornite dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute;
- entro il 31 luglio 2026 l'Azienda regionale di coordinamento per la salute trasmette alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità una relazione di valutazione dei PPSA aziendali, che dovrà:
  - verificare la coerenza con gli indirizzi strategici regionali e con le architetture di riferimento del Sistema Informativo Integrato Regionale;
  - garantire l'omogeneità e l'integrazione delle soluzioni proposte rispetto all'ecosistema informativo del SSR;
  - individuare eventuali duplicazioni, sovrapposizioni o criticità;
  - proporre criteri di priorità e di fattibilità tecnica, economica e organizzativa delle iniziative.
- DCS approva le richieste, la cui coerenza con gli indirizzi politici e strategici del SSR è assicurata da ARCS, previa verifica della compatibilità finanziaria con gli stanziamenti di bilancio disponibili, nonché sulla base delle priorità e della capacità produttiva dell'articolazione organizzativa di Insiel SpA deputata alla gestione del SISSR, trasmette dette richieste alla Direzione centrale competente in materia di ICT ed e-government per l'inserimento nel piano strategico triennale e l'approvazione dello stesso entro il 30 novembre 2026.

Il Piano Operativo di Insiel S.p.A., predisposto in attuazione del Disciplinare e delle Regole che ne definiscono i processi di funzionamento, viene articolato in due componenti distinte:

Gestione ordinaria e sviluppi minori: riguarda le attività necessarie a garantire la continuità del servizio e gli interventi di adeguamento puntuale degli applicativi del SISSR in risposta a esigenze specifiche degli Enti del SSR. Tali attività sono ricomprese in un apposito budget di sviluppo annuale e sono regolate a livello di ARCS, che riceve, valuta e autorizza le richieste degli Enti, assicurando uniformità, appropriatezza e coerenza nell'utilizzo delle risorse disponibili. È istituito un piano trimestrale delle attività di gestione ordinaria (a cura di ARCS), con tetti di spesa e rilasci programmati autorizzato dalla DCS.

Sviluppi strategici: comprendono i progetti di evoluzione strutturale del SISSR, legati alla programmazione regionale e agli indirizzi di medio-lungo periodo. La responsabilità di indirizzo e di autorizzazione resta in capo alla DCS, che definisce priorità e obiettivi in raccordo con il Programma Triennale e con il Coordinamento Piani.

## 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 sistematici su interi servizi essenziali, mettendo a rischio la tutela della salute dei cittadini.

Per rispondere in modo efficace a tali sfide è necessario superare approcci frammentati e meramente valutativi, valorizzando due componenti complementari della cybersicurezza:

- la documentazione (compliance normativa, opponibilità a terzi, linee guida comuni e aggiornate) ad alta intensità di lavoro, che richiede competenze dedicate e replicabili per tutti gli Enti;
- i servizi tecnici specialistici e le tecnologie abilitanti (quali, a titolo esemplificativo, SOC con remediation, ISFW, IAM, MFA-SSO, PAM, VA/PT, software validation, NDR, CMDB, MDM, ecc.), che devono essere pianificati ed erogati secondo un principio olistico e condiviso.

In questa prospettiva, si rende necessario costituire una Cabina di regia per la cybersicurezza in ambito sanitario, quale sede unitaria di coordinamento e di indirizzo tecnico-istituzionale. Essa non si limita a fissare principi generali, ma assume il compito di:

- garantire un approccio sistemico e proattivo, evitando che le aziende restino in una fase di attesa nei prossimi anni, in considerazione dei limiti operativi di Insiel nel breve periodo;
- definire un Profilo Minimo di Sicurezza regionale (livello uniforme di protezione sotto il quale nessun ente può scendere), con requisiti organizzativi e tecnici vincolanti e uniformi per Enti e Insiel, costruito in coerenza con ACN e NIS2, compatibile con le esigenze cliniche e operative del Personale sanitario e in grado di garantire la piena, facile e sicura fruibilità dei sistemi informativi sanitari e dei relativi dati, contemporaneo rischio clinico e rischio cibernetico;
- gestire il transitorio, individuando misure temporanee a supporto delle aziende che non possono sospendere gli interventi in attesa dei servizi centralizzati;
- riconoscere e rafforzare, in ogni Azienda del SSR, 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 elabora inoltre un Piano triennale di intervento per la cybersicurezza, articolato in milestone progressive e corredata da una chiara quantificazione delle risorse economiche necessarie. Tale Piano 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. La Cabina di regia per la cybersicurezza in ambito sanitario risulta composta permanentemente dei seguenti soggetti:

- un referente DCS, che assicura il raccordo con le funzioni di indirizzo e programmazione regionale;
- il responsabile della Struttura di ARCS dedicata al coordinamento e al controllo del sistema informatico del SSR, con compiti di gestione operativa e di sintesi tecnica;
- il responsabile per la cybersicurezza di Insiel S.p.A., che garantisce la competenza tecnica, le infrastrutture e i servizi comuni di sicurezza informatica a supporto dell'intero sistema;
- i responsabili per la cybersicurezza di ciascun Ente del SSR, che presidiano a livello locale l'attuazione delle misure di sicurezza e assicurano tempestività di intervento;
- un referente della Direzione centrale patrimonio per quanto attiene all'integrazione con il sistema informativo integrato regionale ai sensi della LR n. 9 del 2011.

Inoltre, la Cabina di Regia può avvalersi del supporto di membri e professionalità esterni che verranno coinvolti di volta in volta a seconda del tema e ambito specifico.

## 6.6 Governance della Privacy

Nell'attuale contesto sanitario, i dati personali e clinici rappresentano una risorsa essenziale per la cura dei pazienti, la cui disponibilità è "conditio sine qua non" per il buon esito dei processi di cura (programmati o emergenziali). Il

loro utilizzo consente di costruire percorsi personalizzati, garantire la continuità tra ospedale, territorio e il domicilio e sviluppare strumenti innovativi sempre più spesso con applicazioni di intelligenza artificiale a supporto delle decisioni cliniche e gestionali. Allo stesso tempo, la crescente capacità di raccogliere, integrare e condividere informazioni rende imprescindibile che ogni trattamento avvenga su basi giuridiche solide e nel pieno rispetto del GDPR e delle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali.

Questa esigenza si intreccia con l'evoluzione organizzativa del sistema sanitario, che sta progressivamente abbandonando una logica centrata sulla singola struttura per adottare un modello basato su processi trasversali e reti territoriali integrate. I dati, quindi, non rimangono confinati entro i confini aziendali, ma accompagnano il cittadino lungo percorsi assistenziali complessi e interconnessi. Ciò impone di definire regole omogenee, responsabilità chiare e strumenti tecnologici in grado di assicurare la disponibilità dei dati necessari per i processi di cura nonché tracciabilità, proporzionalità e un trattamento sempre orientato alla tutela dei diritti della persona. La protezione dei dati personali in ambito sanitario assume configurazioni diverse a seconda dell'assetto organizzativo dei sistemi informativi. In un sistema privo di società in house, la materia della privacy ricade in via esclusiva sotto la responsabilità delle singole aziende sanitarie, che, in qualità di titolari del trattamento, definiscono autonomamente mezzi, strumenti e soluzioni da adottare per assicurare la conformità al GDPR.

Nel caso in cui le aziende operino invece in un contesto supportato da una società in house regionale, la loro capacità di scelta sui mezzi tecnici risulta limitata, poiché l'infrastruttura e le soluzioni informatiche transitano attraverso la società in house e la Regione. In tale scenario, alle aziende deve essere comunque assicurata la conformità al GDPR da parte della società in house, che garantisce la sicurezza, la riservatezza e la tracciabilità dei sistemi.

In un sistema multi-aziendale, come quello del Servizio Sanitario Regionale, il ruolo della società in house e della Regione si rafforza ulteriormente: occorre garantire stabilità, omogeneità e conformità dell'intero ecosistema dei sistemi informativi sull'intero territorio regionale. ARCS, in attuazione del mandato normativo, coordina tale dimensione sovra-aziendale, assicurando che la governance della privacy sia uniforme e fondata su procedure, modelli e strumenti condivisi, nel rispetto delle responsabilità proprie di ciascun titolare del trattamento.

In questo quadro, Insiel svolge un ruolo essenziale quale soggetto tecnico deputato alla progettazione, realizzazione e gestione del Sistema Informativo Integrato Regionale. Alla società in house spetta la responsabilità di assicurare che le infrastrutture e gli applicativi informatici siano conformi ai requisiti del GDPR, alle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali e alle nuove disposizioni introdotte dall'AI Act europeo, garantendo agli Enti del SSR livelli adeguati di sicurezza, continuità operativa e tracciabilità. L'attività di Insiel, oltre a fornire strumenti e piattaforme, rappresenta quindi una condizione abilitante per la corretta applicazione delle misure di protezione dei dati personali da parte delle aziende sanitarie.

ARCS ha il compito di garantire l'omogeneità del sistema e il coordinamento sovra-aziendale: definisce standard, modelli operativi e procedure condivise, supporta gli Enti del SSR e promuove azioni comuni di formazione e sensibilizzazione.

In attuazione dell'art. 4, comma 4 lettera c) numero 7) della L.R. 27/2018, ARCS sviluppa le funzioni di coordinamento degli Enti del SSR in materia di protezione dei dati personali nonché di supporto tecnico-specialistico all'Unità Organizzativa Specialistica di Bilancio e coordinamento strategico della DCS.

Tale ruolo non sostituisce le responsabilità dei titolari del trattamento, ma assicura che l'ecosistema regionale operi secondo regole uniformi, rafforzando la capacità di risposta a criticità come *data breach* o aggiornamenti normativi. Si persegue un approccio unitario e strutturato, che valorizza le responsabilità dei singoli titolari del trattamento ma, al contempo, assicura uniformità, stabilità e conformità dell'intero ecosistema informativo sanitario regionale. Le aziende del SSR rimangono comunque titolari del trattamento dei dati personali. Esse sono tenute ad adottare misure tecniche e organizzative adeguate, a garantire la conformità dei trattamenti effettuati e a dimostrarne la correttezza, secondo quanto previsto dal GDPR. In questo assetto, le aziende:

- collaborano attivamente con ARCS e Insiel affinché le soluzioni tecniche e organizzative siano coerenti con gli standard regionali;
- nominano i DPO e garantiscono la loro partecipazione al sistema di coordinamento regionale;
- assicurano 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.

Va inoltre evidenziato che, per alcuni trattamenti specifici, la titolarità dei dati non è in capo ai singoli Enti, bensì ad ARCS o direttamente alla Regione. In tali ambiti, ARCS o la Regione assumono il ruolo di titolare del trattamento, definendo finalità e modalità, mentre gli Enti operano quali soggetti attuatori o responsabili del trattamento per la parte di loro competenza. Questo assetto consente di assicurare uniformità e stabilità nella gestione dei dati di interesse sovra-aziendale, rafforzando la capacità del sistema regionale di garantire la conformità al GDPR in modo coordinato.

In tale assetto, l'Unità operativa specialistica (UOS) di bilancio e coordinamento strategico della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità svolge un ruolo di indirizzo e raccordo:

- definisce le linee strategiche da cui discendono le attività di ARCS;
- approva e indirizza le progettualità prioritarie;
- assicura il coordinamento interdirezionale con le strutture regionali competenti in materia di ICT e sanità digitale;
- rappresenta il punto di collegamento istituzionale tra livello programmatico e livello operativo-tecnico.

Su specifiche progettualità, ARCS potrà attivare, su decisione della DCS, anche su proposta della Cabina di regia dei Sistemi informativi sanitari regionali, appositi gruppi di lavoro dedicati all'approfondimento di temi particolarmente rilevanti o trasversali. L'obiettivo è garantire stabilità, omogeneità e conformità del sistema informativo regionale, rafforzando la collaborazione tra gli Enti del SSR, Insiel e la Regione.

I gruppi di lavoro operano secondo i seguenti principi:

- Composizione: definita da ARCS, che ne assicura il coordinamento, può prevedere la partecipazione dei DPO, dei referenti privacy degli Enti del SSR o di altre loro professionalità, di tecnici di Insiel e, se necessario, di esperti giuridico-amministrativi o di sicurezza informatica. La partecipazione degli Enti del SSR e di Insiel è obbligatoria.
- Finalità: affrontare tematiche prioritarie e trasversali – quali DPIA, gestione dei data breach consenso informato, ecc.– individuando soluzioni comuni e condivise.
- Modalità operative: ogni gruppo ha durata definita e obiettivi chiari; predispone un cronoprogramma con deliverable intermedi e finali (linee guida, modelli procedurali, strumenti operativi, ecc.). Le riunioni si svolgono con cadenza periodica e sono dirette da un responsabile designato da ARCS.
- Prodotti attesi: procedure standard, modelli di DPIA, linee guida regionali, protocolli tecnici, schemi documentali, format di informative, oltre a iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte a operatori, DPO e referenti tecnici, ecc.
- Governance: i risultati dei gruppi vengono sottoposti a validazione della UOS e, se necessario, ad approvazione formale per la loro adozione a livello regionale. Gli Enti del SSR e Insiel sono tenuti a recepire e applicare le soluzioni approvate entro i tempi stabiliti, garantendo un'attuazione uniforme sull'intero territorio regionale.

## 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**

La Regione Friuli Venezia Giulia sta potenziando la propria infrastruttura di telemedicina ed i relativi strumenti a supporto aderendo alle gare nazionali coordinate dalle Regioni Lombardia e Puglia (DM 30/09/2022). Con la prima, avvierà i servizi di telemonitoraggio di I e II livello e l'integrazione con la piattaforma nazionale, a supporto degli obiettivi PNRR.

Con la seconda, ha previsto l'acquisizione di 1.439 postazioni da distribuire su tutto il territorio regionale come, ad esempio, nelle Case di Comunità e Ospedali di Comunità.

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.

Obiettivo	Risultato Atteso
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"><li>• 2.029 pazienti cronici da trattare in Telemedicina al T3 2025;</li><li>• 4.830 pazienti cronici da trattare in Telemedicina al T3 2026;</li></ul>

#### **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)**

Per gli investimenti relativi al S.I.S.S.R., la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, in qualità di soggetto attuatore, ha pianificato, a partire dal 2023, una serie di iniziative specifiche 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”, volte ad accrescere il livello di digitalizzazione e a supportare l'evoluzione del sistema informativo ospedaliero.

Le iniziative individuate si articolano nei seguenti interventi:

- 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;
- implementazione della piattaforma integrata di Telepatologia e Digital Pathology: il processo consiste nella digitalizzazione dei campioni biologici, che vengono preparati su vetrini, acquisiti mediante scanner ad alta risoluzione e trasformati in immagini digitali. Queste immagini possono essere visualizzate, analizzate, archiviate e condivise in modalità digitale, consentendo una gestione più efficiente, sicura e collaborativa dei dati clinici;
- 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;
- 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. Particolare attenzione è rivolta all'interoperabilità con il nuovo Sistema Nazionale, superando il paradigma del documento clinico elettronico basato su standard CDA2, per adottare un approccio basato su

dati puntuali e distinti secondo lo standard HL7 FHIR.

Tenuto conto della configurazione della rete ospedaliera regionale secondo il modello Hub & Spoke, così come definito dalla L.R. 27/2018 e dalla L.R. 22/2019, e in considerazione dell'esistenza di un unico sistema informativo regionale (S.I.I.R.), si è ritenuto necessario coinvolgere non solo i presidi ospedalieri sede di DEA, ma anche le restanti strutture delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS, al fine di garantire un livello uniforme di servizio su tutto il territorio regionale.

In tale contesto, le risorse del PNRR relative all'investimento M6C2I1.1 sono state destinate esclusivamente agli interventi presso i presidi ospedalieri hub sede di DEA, mentre per tutte le altre strutture e per gli IRCCS gli interventi sono stati finanziati mediante risorse regionali.

Per l'attuazione degli investimenti non gestiti dal livello centrale, con D.G.R. 1045/2022, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, ha individuato le aziende sanitarie con presidi ospedalieri sede di DEA di I e II livello come soggetti attuatori esterni. Tali progetti rientrano nell'ambito dell'investimento Missione 6 – Componente 2 – I1.1.1 “Digitalizzazione ospedali DEA di I e II livello”, sotto l'intervento “Implementazione infrastrutture e attrezzature informatiche”, finalizzato al rafforzamento delle capacità tecnologiche e alla modernizzazione dei processi informativi ospedalieri.

Obiettivo	Risultato Atteso
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 il 31 marzo 2026.

#### 6.7.3 Missione 6 C 2 I1.3.1 – 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.

Obiettivo	Risultato Atteso
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, corredata di firma digitale, da parte dei MMG/PLS	Entro il 31 marzo 2026 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.  ARCS e DCS garantiscono l'integrazione con EDS, nonché gli adeguamenti del FSE entro i termini ministeriali (fase II al 31 marzo 2026 e fase III entro il 31 dicembre 2026 del D.M. 30 dicembre 2024) e il raggiungimento delle percentuali di indicizzazione stabilite dal D.M. Riparto

#### 6.7.4 PNRR Missione 1 C2 I3 - Piano Sanità Connessa

La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia si è adoperata negli ultimi anni al fine di raggiungere l'obiettivo PNRR Missione 1, componente 2, investimento 3.1.4 “Piano Sanità connessa” iniziato nel 2021. Il conseguimento dell'obiettivo 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.

#### 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.

Obiettivo	Risultato Atteso
Centrali Operative Territoriali (COT)	Contribuire per la parte di rispettiva competenza 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.

Il progetto mira a rafforzare la capacità organizzativa e gestionale della Regione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, a migliorare la programmazione dell'offerta sanitaria e a rendere il sistema più equo, efficiente e sostenibile.

#### **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 antiblastico e del relativo sistema di produzione) ed è stato successivamente esteso all'intera cartella clinica oncologica presso gli Enti CRO e ASUFC. Entrambi gli interventi si sono attuati nel perimetro del contratto in essere con la ditta Log80. Il CRO ha inoltre portato avanti una sperimentazione per lo sviluppo del modulo di "meeting multidisciplinari" sempre all'interno di Log80. Nel corso del 2026 va previsto:

- il completamento dell'implementazione del modulo di meeting multidisciplinare anche nelle altre strutture oncologiche interessate;
- l'implementazione dei moduli UFA e di cartella oncologica anche ad ASUGI;
- il completamento dell'estensione del modulo UFA anche all'ambito pediatrico;

l'implementazione della cartella ematologica di Log80 presso i servizi di Ematologia degli enti del SSR, 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. Si ritiene pertanto opportuno, nel corso del 2026, avviare un percorso che porti ad un'uniformità dello strumento in uso presso le varie Strutture di Diabetologia della regione, nonché il medesimo livello di integrazione di detta cartella diabetologica con gli applicativi del SISSR per tutti gli Enti del SSR, in primis con il sistema dell'anagrafica regionale, laddove non già reso interoperabile con la cartella.

#### **6.8.6 Cartella Commissioni Patenti**

Il progetto nasce dall'esigenza di ottimizzare e digitalizzare l'intero processo di gestione delle pratiche relative al rilascio, revisione, duplicato e conferma validità delle patenti di guida e delle patenti nautiche, gestite dalla Commissione Medica.

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 Regione Friuli Venezia Giulia ha definito come obiettivo strategico l'attivazione del Numero Unico Europeo NEA 116117, per garantire un accesso uniforme al servizio di continuità assistenziale per le cure non urgenti. 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. Nella prima fase del progetto, il servizio interesserà il solo territorio facente capo ai distretti telefonici con prefisso 040 e 0481 per poi essere progressivamente esteso a tutto il territorio regionale.

Obiettivo	Risultato Atteso
Numero Unico Europeo 116117 (NEA)	Attivazione del numero unico in tutta la Regione FVG entro il 31 marzo 2026

#### **6.8.8 Cartella Distretto 4.0**

Il DM 77 con il suo Allegato Documento AGENAS-Regioni-PPAA su "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale", 2021, da centralità ai Distretti e ne ribadisce il ruolo di soggetti di "integrazione" sociosanitaria e sociale. L'obiettivo del progetto è quindi ridisegnare l'assistenza territoriale stabilendo modelli e standard per dare attuazione alla Missione 6 Componente 1 del PNRR "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Al fine di soddisfare le esigenze progettuali è stato implementato dall'Azienda Zucchetti HC l'applicativo "Cartella Distretto 4.0". Questo ha anche permesso di reperire i dati necessari a soddisfare le caratteristiche del flusso SIAD.

Obiettivo	Risultato Atteso
Cartella Distretto 4.0	Contribuire per la parte di rispettiva competenza alle attività necessarie al miglioramento della cartella territoriale

#### **6.9 PACS e sistemi informativi per la gestione dell'imaging biomedicale**

ARCS, nel corso del 2026, assicurerà il Coordinamento e monitoraggio dell'effettiva esecuzione delle attività contrattuali per l'avvio del nuovo sistema RIS/PACS regionale, di cui alla procedura di gara ARCS ID23SER053, con la finalità di assicurare la conclusione delle attività preliminari e l'avvio del sito pilota entro i termini previsti nel contratto che sarà sottoscritto a seguito dell'aggiudicazione della gara.

Inoltre, ARCS definirà, di concerto con gli stakeholders clinici e per quanto applicabile in continuità con l'impostazione adottata per il settore radiologico, delle proposte volte a realizzare una digitalizzazione dei processi clinici che coinvolgono l'imaging integrata con il SISSR, uniforme tra gli Enti e con un governo centralizzato.

In particolare, ARCS elaborerà una proposta di modello architettonale e tecnico/funzionale e di una corrispondente strategia di implementazione operativa dell'imaging nei seguenti ambiti clinici, elencati in ordine di priorità temporale:

- cardiologia, in continuità con l'impostazione già definita nel corso del 2025;
- endoscopia diagnostica flessibile: gastroenterologia, pneumologia, otorinolaringoiatria ed eventuali altre specialità;
- immagini a cielo aperto: dermatologia, chirurgia plastica ed eventuali altre specialità;

- immagini e flussi audio/video nelle sale operatorie.

## 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 degli Enti assicurare la tempestiva e corretta alimentazione dei gestionali in uso per consentire a tutti i livelli di governance di disporre degli elementi di valutazione nonché di rispettare i debiti informativi ministeriali, sulla base dei quali le istituzioni esterne al sistema regionale valutano le performance del SSR e l'aderenza alle disposizioni normative.

A tal fine la DCS, anche attraverso il supporto tecnico di ARCS, provvederà ad effettuare una ricognizione dei debiti informativi che le Aziende hanno nei confronti della Regione anche in funzione degli obblighi informativi nei confronti del Ministero.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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	il sistema di classificazione ICD 10 IM è utilizzato a partire dal 01.07.2026 nei 4 flussi individuati	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	100%	Supporto alla DCS  Responsabile dell'attività
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 geestionale entro il 31.03.2026	100%	ASUFC ASUGI	100%	
7.c		% di schede i morte relative ai decessi 2025 correttamente inserite nell'apposito geestionale entro il 31.05.2026	100%	ASFO ASUFC ASUGI	100%	
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%	ASFO ASUFC ASUGI	98%	Monito- raggio

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.e	Tempestività e completezza dell'alimentazione del flusso hopice	% 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%	Tutte le Aziende	98%	Monito-raggio	
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%	Tutte le Aziende	100%	Monitoraggio	

## 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).

La carenza del suddetto personale, quale fenomeno già in corso da anni nell'ambito del SSN, è sicuramente acuita a seguito della pandemia da COVID -19 e, altresì, per effetto dell'invecchiamento non solo della popolazione, che richiede un fabbisogno crescente di assistenza sanitaria, ma della stessa forza lavoro.

Le professioni sanitarie del pubblico impiego stanno inoltre attraversando un momento di ridotta attrazione, principalmente a causa di un contesto contrattuale e formativo inadeguato rispetto al carico di lavoro e alle responsabilità richieste al suddetto personale.

Stante il contesto sopra descritto, le Regioni e le Province Autonome hanno ritenuto necessario condividere una strategia comune volta al rilancio del personale del Servizio Sanitario Nazionale, esitata nell'approvazione del **documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome prot. n. 25/46/CR8b/C7 del 17 aprile 2025** nel quale, a seguito di un lavoro tecnico interregionale, sono state individuate le principali criticità che stanno investendo il Servizio Sanitario Nazionale e, contestualmente, sono state elaborate delle proposte strategiche di riforma nonché interventi operativi da mettere in atto nel breve, medio e lungo periodo.

In particolare, il documento, con riferimento agli obiettivi strategici:

1. avanza azioni mirate per l'**attrattività** del personale sanitario, che contemplano:

- a. adeguamento dei livelli salariali;
  - b. revisione delle procedure concorsuali;
  - c. promozione del welfare contrattuale;
  - d. reclutamento internazionale.
2. evidenzia la gravità dell'**emergenza infermieristica**, inserendola nel quadro più ampio della carenza di personale del SSN;
  3. sottolinea la necessità di riordinare le **professioni sanitarie** per superare la frammentazione dei profili e promuovere modelli organizzativi più flessibili e multidisciplinari;
  4. richiama l'urgenza di accelerare la **trasformazione digitale del SSN**, valorizzando la tecnologia come leva per migliorare l'efficienza, ridurre il carico burocratico e supportare l'operatività clinica.

In considerazione della valenza generale delle proposte e nelle more che le stesse trovino realizzazione, nel corso del 2025, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha finalizzato in via straordinaria, rispettivamente con provvedimento giuntale n. 825 e 826 del 20.06.2025, un importo complessivo pari a **€ 26.163.086,00** da destinare al personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale al fine di affrontare le suddette criticità operative. Tale politica regionale è stata posta in essere tenuto conto delle necessità rappresentate dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale, conseguenti principalmente alla difficoltà di reperire adeguate professionalità nei servizi particolarmente disagiati per tipologia di turnistica o di attività, nonché per rafforzare i meccanismi di fidelizzazione e di attrazione del personale operante in detti servizi, con particolare riferimento al personale della Dirigenza dell'Area Sanità e al personale dell'Area del Comparto Sanità.

In tale contesto, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha individuato quale settore di maggior complessità da valorizzare quello dell'emergenza urgenza, tenendo, altresì, conto degli ambiti più disagiati nelle varie discipline dal punto di vista territoriale, organizzativo e funzionale e prevedendo una quota di risorse per lo sviluppo del welfare integrativo. Di seguito il dettaglio della finalizzazione posta in essere corrispondente a € 26.163.086,00:

- **€ 7.280.548,00 ASSEGNAZIONI AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DELL' AREA SANITA' (VERBALE DI CONFRONTO DEL 12 GIUGNO 2025 APPROVATO CON DGR 825 DEL 20.06.2025) DI CUI:**
  1. € 6.535.550,00 quale importo destinato all'incremento delle seguenti indennità:
    - ✓ pronta disponibilità (art. 30 CCNL 23.01.24);
    - ✓ servizio festivo (art. 77 CCNL 23.01.24);
    - ✓ pronto soccorso (art. 79 CCNL 23.01.24).
  2. € 744.998,00 quale importo destinato:
    - ✓ all'apporto dei dirigenti del ruolo sanitario operanti nelle aree geografiche meno attrattive a livello aziendale;
    - ✓ all'apporto dei dirigenti del ruolo sanitario operanti nei servizi con criticità organizzative e difficoltà croniche nella copertura dei servizi organici e delle varie discipline;
    - ✓ alla realizzazione di ulteriori obiettivi aziendali.
- **€ 18.882.538,00 ASSEGNAZIONI AL PERSONALE DELL' AREA DEL COMPARTO SANITA' (VERBALE DI CONFRONTO DEL 12 GIUGNO 2025 APPROVATO CON DGR 826 DEL 20.06.2025) DI CUI:**
  1. € 14.016.998,00 quale importo destinato all'incremento delle seguenti indennità:
    - ✓ pronta disponibilità (art. 44 CCNL 2.11.22);
    - ✓ servizio notturno (art. 106 CCNL 2.11.22);
    - ✓ particolari servizi (art. 107 CCNL 2.11.22);
  2. € 3.865.540,00 quale importo destinato:
    - ✓ all'apporto del personale operante nelle aree geografiche meno attrattive a livello aziendale;
    - ✓ all'apporto del personale operante nei servizi con criticità organizzative e difficoltà croniche nella

- copertura degli organici;
  - ✓ alla realizzazione di ulteriori obiettivi aziendali.
3. 1.000.000,00 quale importo finalizzato alla realizzazione di politiche di welfare integrativo

Come sopra rappresentato, giova precisare che per il personale della Dirigenza dell'Area Sanità, nel medesimo provvedimento giuntale n. 825 del 20.06.2025, si è inoltre previsto che una parte delle risorse finalizzata alla remunerazione di particolari condizioni di disagio lavorativo, possa essere destinata all'incremento dell'indennità di pronto soccorso ex art. 79 del CCNL del 23.01.2024 quale ulteriore valorizzazione rispetto a quanto già disciplinato dal Legislatore nell'art. 1 comma 293 della Legge 30.12.2021 n. 134 e successive modificazioni in ottemperanza al quale, con provvedimento giuntale n. 823 del 20.06.2025, l'Amministrazione regionale ha provveduto ad approvare il piano di riparto tra le aziende ed enti del servizio sanitario regionale delle risorse per il riconoscimento delle indennità di pronto soccorso per gli anni 2022-2023-2024 e 2025. Stessa politica di sostegno è stata posta in essere per il personale dell'Area del Comparto Sanità cui dette risorse, per l'anno 2025, sono state ripartite con provvedimento giuntale n. 824 del 20.06.2025.

Il legislatore regionale ha voluto intraprendere azioni mirate volte ad arginare gli effetti critici derivanti dalla carenza di personale infermieristico. Si richiamano, di seguito, le principali novità introdotte dalla recente Legge regionale 6 agosto 2025, n. 12 di assestamento di bilancio per gli anni 2025-2027, rispettivamente per:

- promuovere la frequenza dei **Corsi di Laurea in Infermieristica** delle Università della Regione Friuli Venezia Giulia e nel contempo incentivare l'inserimento dei laureati all'interno del Servizio sanitario regionale, **prevedendo** il trasferimento da parte dell'Amministrazione regionale alle Università degli Studi di Trieste e di Udine di risorse destinate alla concessione di **premi di studio per merito** agli studenti residenti FVG e iscritti ai Corsi di Laurea in Infermieristica presenti sul territorio regionale.
- **promuovere azioni di retention del personale infermieristico**, al fine di favorire e facilitare la permanenza nel territorio regionale degli infermieri fuori sede che operano nel Sistema sanitario regionale. La predetta legge prevede che l'Amministrazione regionale trasferisca risorse a ciascuna delle Aziende Sanitarie regionali al fine di mettere a disposizione del predetto personale infermieristico soluzioni di natura logistico insediativa a sostegno delle esigenze abitative.

In aggiunta, ai fini della *retention*, con la stessa finalità, il legislatore ha poi approvato le seguenti misure strettamente connesse alle previsioni legislative di cui al punto precedente :

- *Lo studente assegnatario del premio di studio per merito si impegna, nei tre anni successivi al conseguimento del diploma di laurea in infermieristica, a partecipare alle procedure selettive per il reclutamento di infermieri indette dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia.*
- *Lo studente assegnatario del premio de quo, assunto a seguito delle procedure concorsuali bandite dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, è soggetto all'obbligo di permanenza nell'ambito del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia per un periodo non inferiore a 5 anni in caso di assunzione a tempo indeterminato o per la durata dell'incarico a tempo determinato se inferiore ai 5 anni;*

Sulla scorta delle azioni messe in atto dall'Amministrazione regionale nel corso del 2025, finalizzate alla valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2026 si rende necessario valutare periodicamente gli effetti concreti delle politiche regionali sopra richiamate, porre in essere interventi correttivi ove richiesti, eventualmente rilanciare e rafforzare le stesse qualora si rilevassero impatti positivi, declinare, altresì, ulteriori strategie volte, in un'ottica di superamento, a monitorare nonché studiare il fenomeno della diminuita attrattività delle professioni sanitarie in genere.

Ancora in ambito formativo, sulla scia della fattiva ed ormai consolidata collaborazione con il mondo universitario, nella consapevolezza che la formazione di professionisti altamente qualificati è cruciale per prepararsi ai

cambiamenti e alle sfide presenti e future, è obiettivo della Regione, anche in un'ottica di valorizzazione e di riconoscimento della centralità della figura dell'infermiere, potenziare la formazione avanzata e ampliare le competenze degli infermieri con l'attivazione di **tre nuovi indirizzi di laurea magistrale specialistica** (Cure Primarie e Sanità pubblica, Cure Pediatriche e Neonatali e Cure Intensive e nell'Emergenza), già a partire dal prossimo anno accademico.

Inoltre, in una logica di potenziamento e di diversificazione dell'offerta formativa regionale sulla base dei fabbisogni emergenti di professionisti sanitari è intenzione dell'Amministrazione regionale promuovere **l'attivazione di un nuovo corso di laurea triennale** per tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria.

Ulteriori azioni in tema di politiche di attrattività vanno ricondotte al fenomeno della "**mobilità volontaria**", intesa quale possibilità per i dipendenti del SSR di spostarsi tra aziende ed enti mediante l'espletamento di un avviso pubblico in assenza di graduatorie valide di concorso oppure mediante il ricorso da parte del lavoratore alla mobilità per compensazione, di cui al Testo unico sul pubblico impiego e ai contratti collettivi. La finalità dell'istituto è quella di permettere al lavoratore la soddisfazione delle proprie aspettative di cambiamento, per esigenze personali/familiari o di salute, senza compromettere il proprio status giuridico ed economico conseguito. Tale istituto, qualora non adeguatamente gestito e valorizzato nell'ambito delle politiche di reclutamento delle competenze, genera effetti distorsivi tali da indurre il lavoratore stesso, per la realizzazione delle medesime aspettative, a partecipare alle procedure concorsuali bandite dalle aziende del SSR o, ancor peggio, a dimettersi dal servizio pubblico per accedere alle proposte lavorative del settore privato. Ciò comporta per i singoli Enti del SSR, oltre che un dispendio di risorse legate all'attivazione di procedimenti di reclutamento pubblico, anche la conseguenza che si vanno a reclutare dall'esterno professionisti già presenti nel sistema regionale senza, quindi, un effettivo incremento complessivo dei lavoratori impiegati nel SSR.

Alla luce del quadro sopra delineato, ARCS, nel corso del 2025, ha intrapreso, in via sperimentale, azioni finalizzate alla progettazione di una piattaforma digitale centralizzata delle richieste di mobilità. Nel corso del 2026 verranno valutati gli esiti della fase sperimentale ai fini dell'avvio di una procedura di gestione della mobilità a regime in condivisione con le Aziende ed Enti del SSR.

Un ulteriore fenomeno che merita una particolare attenzione è quello delle cosiddette "**dimissioni inattese**". Con il termine "dimissione inattesa" si intende l'uscita di un dipendente dal sistema sanitario pubblico prima di aver maturato il requisito contributivo o l'età anagrafica per la quiescenza. Al fine di comprendere e, quindi, contenere e ridurre il fenomeno, nel corso del 2026, in prosecuzione di quanto già avviato nel corso del 2025, si rende necessaria una rilevazione e valutazione dei fattori che inducono il personale sanitario ad abbandonare le Aziende del SSR e nel contempo di quelli che li incentivano a rimanere, al fine di prendere in considerazione elementi specifici per lo sviluppo di strategie utili a trattenere e attrarre competenze all'interno dell'organizzazione del SSR. Nel concreto, in sinergia con le attività di ARCS e delle Aziende, verranno monitorati i motivi che inducono alle dimissioni anche attraverso la somministrazione al personale di questionari anonimi, da compilare su base volontaria, su vari aspetti del lavoro.

Con riferimento al tema dell'invecchiamento del personale del SSR, come in precedenza accennato, si ritiene opportuno promuovere politiche di "**age-diversity management**" volte a porre in essere, nell'ambito della gestione del rapporto di lavoro da parte delle Aziende, buone pratiche che valorizzino le caratteristiche personali e professionali dei lavoratori che presentano ostacoli o bisogni strettamente correlati all'età anagrafica. La finalità è quella di massimizzare il contributo che l'esperienza maturata dal dipendente in un lungo periodo può portare all'organizzazione anche in relazione alle politiche di reclutamento per la sostituzione del personale cessato. L'approccio della politica regionale sarà quello di consentire la valorizzazione dell'intero ciclo del percorso professionale ampliando e diversificando le opportunità lavorative a fine carriera, di aver cura delle condizioni di

salute prevenendo l'insorgenza di patologie anche correlate alla professione, favorire il dialogo intergenerazionale con le risorse neo assunte per consentire un adeguato passaggio delle competenze ed esperienze acquisite.

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

#### **8.1.1 Sensibilizzare sulla carenza di personale infermieristico/sanitario**

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>	
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	Istituzione entro il 15.02.2026	ASUGI	Garantire la partecipazione al tavolo tecnico regione	Coordinamento	Atto di istituzione di un Tavolo tecnico regionale entro il 15.02.2026	
				ASUFC				
				ASFO				
				CRO				
				BURLO				
8.1.1.b		Piano strategico regionale partecipato di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico e per favorire il benessere lavorativo del personale del SSR	Elaborazione di un Piano regionale strategico partecipato, all'interno di tutte le azioni attivate per le finalità dell'obiettivo in ambito regionale, 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	ASUGI	Contribuire alla elaborazione del piano regionale attraverso la partecipazione attiva agli incontri del Tavolo tecnico regionale	Elabora la proposta di piano regionale entro il 30/09/2026	Approva entro 31/10/2026	
				ASUFC				
				ASFO				
				CRO				
				BURLO				

#### **8.1.2 Retention del personale SSR pubblico**

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
8.1.2.a	Promuovere il benessere del personale sanitario in servizio	Attivazione di strumenti di sostegno abitativo per gli infermieri fuori sede	Monitoraggio rendicontazione e dell'attuazione degli strumenti di sostegno abitativo per gli infermieri fuori sede, nei tempi e nelle modalità indicati nel decreto DCS di concessione delle risorse: (SI/NO)	ASUGI	SI		Decreto di concessione del Direttore del Servizio competente in cui sono fissati i termini e le modalità di erogazione e di rendicontazione della spesa, nonché le modalità di monitoraggio
				ASUFC			
				ASFO			
				ARCS			

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

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
8.1.3.a	Promuovere la visibilità e la partecipazione alle OPEN DAY presso le sedi dei CDL (coinvolgimento TD, RAFP,...	OPEN DAY presso le sedi dei CDL (coinvolgimento TD, RAFP,...	N.1 di open day realizzati entro	ASUGI	Partecipazione/colloqui	Supporto alla DCS	Coordinamento e

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
	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	Coordinatore del CDL) per far conoscere l'offerta formativa, le attività formative e le iniziative realizzate nelle sedi dei CDL	marzo/aprile 2026	ASUFC	laborazione attiva alla realizzazione degli OPEN-DAY		verifica delle attività poste in essere entro il 31.12.2026
8.13.b	- 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)	Informativa consultabile sul sito aziendale entro marzo/aprile 2026 (SI/NO)	ASUGI ASUFC ASFO BURLO CRO	SI		
8.13.c		Giornate informative volte alla valorizzazione della figura dell'infermiere, in sinergia con l'Ordine Professioni infermieristiche territorialmente competente (iniziativa pubbliche a carattere sanitario e sociale, come le giornate per la prevenzione, l'educazione alla salute o promozione del primo soccorso)	- N. di iniziative realizzate >2 (SI/NO)	ASUGI ASUFC ASFO BURLO CRO	SI		
8.13.d.1	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...)	Assicurazione del supporto per l'elaborazione di studio di fattibilità finalizzato alla elaborazione di una nuova metodologia/modello previsionale del fabbisogno formativo di medici specialisti e dei laureati non medici di area sanitaria	Partecipazione agli incontri di analisi ed elaborazione, con fornitura dei dati gestionali necessari, nelle tempistiche necessarie	ARCS	Partecipazione agli incontri di analisi ed elaborazione, con fornitura dei dati gestionali necessari, nelle tempistiche indicate dalla DCS	Vedi target	
8.13.d.2		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	Promuovere, in collaborazione con gli Atenei FVG, iniziative formative di potenziamento delle competenze di tutorship, rivolte ai professionisti coinvolti nelle attività di formazione professionalizzante o in fase di inserimento nella struttura di	ASUGI ASUFC ASFO BURLO	n. iniziative formative realizzate > 2 n. iniziative formative realizzate >2 n. iniziative formative realizzate >1 n. iniziative formative realizzate >1		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
			assegnazione	CRO	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.

Alla luce delle evidenze emerse anche dall' Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie approvata dalla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati (aprile 2025)<sup>2</sup> e in coerenza con gli orientamenti nazionali in tema di riorganizzazione dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), si rende necessario attribuire valore alle professioni sanitarie quali componenti strategiche del SSR, 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 regionale è dunque 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.

In questo contesto, assume rilievo decisivo l'attivazione di un OBIETTIVO PRIORITARIO STRATEGICO, dedicato allo sviluppo delle professioni sanitarie, come individuate dalla legge 10 agosto 2000, n. 251, con l'obiettivo di:

- valorizzare le professioni sanitarie nei modelli di presa in carico integrata delle persone e delle comunità attraverso nuovi modelli di assistenza orientati alla personalizzazione e precisione delle cure;
- rafforzare l'allineamento tra formazione e bisogni clinico-assistenziali del sistema;
- sviluppare percorsi di crescita professionale coerenti con le competenze acquisite;
- promuovere modelli organizzativi innovativi e flessibili.

Per il perseguitamento degli obiettivi sopra citati, e coerentemente con quanto previsto dal comma 3, art. 38, rubricato *Valorizzazione del personale*, della L.R. n. 22/2019<sup>3</sup> e dall'art. 4 della L.R. n. 27/2018, si ritiene opportuno

<sup>2</sup> Il documento parlamentare citato è disponibile sulle pagine web della Camera dei Deputati all'url [https://documenti.camera.it/\\_dati/leg19/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/017/010/INTERO.pdf](https://documenti.camera.it/_dati/leg19/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/017/010/INTERO.pdf).

<sup>3</sup> Il citato comma 3 dell'art. 38 della l.r. n. 22/2019 prevede che "La Regione, per effetto della trasformazione demografica e dei correlati cambiamenti delle condizioni e dei bisogni di salute della popolazione nonché del generale quadro epidemiologico, promuove la diffusione di modelli organizzativi per la valorizzazione delle professioni operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale ai sensi della legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio

procedere a definire specifiche funzioni in materia di professioni sanitarie da affidare ad ARCS.

In tal senso, ARCS dovrà prevedere l'attivazione di articolazioni e funzioni adeguate per garantire:

- il monitoraggio e l'analisi del fabbisogno professionale, con supporto e collaborazione alla DCS;
- lo sviluppo di percorsi formativi e professionalizzanti avanzati;
- il supporto agli Enti del SSR nella definizione e implementazione di modelli organizzativi innovativi;
- il supporto agli Enti del SSR nella gestione proattiva delle limitazioni alle funzioni;
- la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie nei processi di programmazione regionale;
- l'implementazione omogenea sul territorio regionale dei sistemi informativi/digitali a supporto dei processi di cura;
- la definizione di policy per la *retention* e attrattività.

Per il perseguimento delle finalità sopra esposte è definito, pertanto, il seguente obiettivo:

<b>Obiettivo</b>	Definire in modo strutturato, operativo e condiviso le funzioni specifiche da attribuire ad ARCS in materia di governo, sviluppo e valorizzazione delle professioni sanitarie all'interno del SSR, in coerenza con quanto previsto dall'art. 38 della LR 22/2019		
<b>Aziende sanitarie interessate</b>	Tutti gli Enti del SSR–Referenti aziendali per ciascuna delle Aree delle Professioni Sanitarie, di cui agli articoli 1,2,3, e 4 della L. 251/2000		
<b>Ruolo ARCS</b>	Coordinamento e coprogettazione di un documento con gli Enti del SSR–Referenti aziendali per ciascuna delle Aree delle Professioni Sanitarie, di cui agli articoli 1,2,3, e 4 della L. 251/2000		
<b>Ruolo DCS</b>	Recepimento e formalizzazione del Documento tecnico condiviso in materia di Professioni sanitarie		
<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore di risultato</b>	<b>Target 2026</b>	
Orientare gli Enti del SSR e i Professionisti della salute verso una governance omogenea, unitaria, flessibile, inclusiva e proattiva per rafforzare la resilienza e la sostenibilità del SSR in risposta ai bisogni emergenti di salute.	Documento tecnico condiviso che formalizzi le funzioni specifiche attribuite ad ARCS in materia di professioni sanitarie, in relazione agli obiettivi di sistema individuati nel quadro della programmazione regionale, al fine di valorizzare i saperi disciplinari e favorire l'integrazione organizzativa e professionale	Entro il 30 giugno 2026 invio bozza documento condiviso con le ASR alla DCS	Entro il 30 Agosto 2026 predisposizione di documento condiviso con DCS
		Entro il 30 novembre 2026 presentazione del documento alla Giunta regionale per la sua approvazione con DGR	

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

cod . ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Og	Gestione delle inidoneità e delle idoneità con limitazioni alla mansione specifica - al fine di un utilizzo appropriato delle competenze	Definizione del progetto di sviluppo quinquennale (ARCS) e analisi dei dati regionali	Redazione del progetto e analisi del fenomeno 31/12/26	ASUGI	-Collaborare alla raccolta e analisi dei dati	Elaborazione del progetto, coordinamento del percorso ed esiti dell'analisi 31/12/2026	Monitoraggio attività e valutazione degli esiti del 1° step del progetto, propedeutica all'avvio delle attività di
				ASUFC	-Partecipare alle attività dei GGddLL regionali e implementar		
				ASFO			
				BURLO			

sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali)."

cod . ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO	e gli strumenti individuati.		individuazione della policy previste dal 2° step

## 8.2 Risultanze delle manovre personale 2024 e 2025

Dalle risultanze dei bilanci consuntivi 2024 degli Enti il personale dipendente in servizio alla data del 31.12.2024, esclusi gli universitari, risulta pari a 20.587 unità di cui 142 unità del personale del ruolo della ricerca sanitaria. Detto personale comprende n. 2.974 dirigenti medici (14,45%), n. 7.421 infermieri (36,05%), n. 3.510 O.S.S. (17,05%)

Fascia Età	Medici	Infermieri	OSS	Amministrativi
Minore/uguale 29 anni	0,98%	11,20%	2,93%	4,22%
Da 30 a 39 anni	30,48%	23,26%	15,21%	17,67%
Da 40 a 49 anni	29,91%	16,90%	27,12%	22,10%
Da 50 a 59 anni	24,08%	41,32%	39,83%	36,89%
Oltre 60 anni	14,55%	7,33%	14,90%	19,11%
	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

e n. 1.873 amministrativi (9,1%) così suddivisi per fascia di età (fonte cruscotto):

Il costo sostenuto nel 2024 per il personale dipendente (BA2080) ammonta ad euro 1.100.081.952,11.

La dotazione organica complessiva rilevata negli Enti con riferimento al 31.12.2024 risulta complessivamente pari a 21.721 unità, comprensiva di 190 unità del personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca escluso il personale universitario docente e ricercatore.

Per l'anno 2025 il fabbisogno di personale dipendente così come rilevato dagli Enti del SSR e autorizzato con decreti della UOS:

- ARCS n. 22476/GRFVG del 06.05.2025
- ASFO n. 22477/GRFVG del 06.05.2025
- ASUFC n. 22478/GRFVG del 06.05.2025
- ASUGI n.26773/GRFVG del 26.05.2025
- BURLO n. 22474/GRFVG del 06.05.2025
- CRO n. 23858/GRFVG del 12.05.2025

e successive integrazioni a seguito delle rimodulazioni in occasione del 1° report 2025, è pari a n. 1.134 unità (al netto dei docenti e ricercatori).

Il costo stimato a manovra occupazionale completata per il personale dipendente (BA2080) per l'anno 2025 è pari ad euro 1.143.005.041 e, a regime nel 2026, pari ad euro 1.160.260.144 (dati da 2° report 2025).

I costi del personale sono comprensivi delle quote a carico dei finanziamenti ministeriali per la ricerca, dei costi per la dotazione organica aggiuntiva ad esaurimento di cui all'articolo 17 comma 4 della L.R. 16/2022 "Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia", dell'indennità di vacanza contrattuale riferita ai CCNL dei trienni 2022-2024 e 2025-2027 nonché degli oneri derivanti dalle risorse straordinarie stanziate con la finalità di sopprimere alle criticità operative rappresentate dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale conseguenti alla difficoltà di reperire adeguate professionalità nei servizi particolarmente disagiati per tipologia di turnistica o di attività, nonché di rafforzare i meccanismi di fidelizzazione e di attrazione del personale operante in detti servizi, con particolare riferimento al personale della Dirigenza dell'Area Sanità e al personale dell'Area del Comparto Sanità per complessivi euro 26.163.086. Tali risorse risultano attribuite agli Enti

con le DGR n. 825 e n. 826 del 20.06.2025.

A seguito della sottoscrizione dell'ipotesi di CCNL comparto sanità - triennio 2022-2024 avvenuta in data 18.06.2025, si stima un incremento dei costi del personale 2025 di circa 20 milioni .

### **8.3 Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali**

Tenuto conto delle richieste di integrazione ai fabbisogni intervenute nel corso del 2025 e dei conseguenti maggiori costi a regime per il personale dipendente, la tabella che segue riporta il vincolo di spesa per il personale del S.S.R. rideterminato e assegnato a ciascun Ente del S.S.R. per l'anno 2026:

ENTE	Vincolo di spesa 2026
ARCS	13.839.869,90
ASFO	206.847.249,88
ASUFC	506.818.755,68
ASUGI	351.329.677,30
BURLO	48.623.580,46
CRO	48.499.647,35
<b>TOTALE</b>	<b>1.175.958.780,57</b>

I predetti vincoli di spesa comprendono le seguenti voci, che rappresentano costi consolidati e già certificati:

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

nonché i costi per il personale del ruolo della ricerca sanitaria con contratto a tempo indeterminato a valere sui bilanci degli IRCCS

Ulteriori fattispecie di non rilevanza dei costi/voci in detrazione ai fini del rispetto del tetto di spesa potranno essere definite in corso d'anno a seguito di specifici finanziamenti e/o interventi normativi.

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

- il costo complessivo della dotazione organica complessiva programmata a regime al 31.12.2026 (personale in servizio al 31.12.2025 + manovra assunzionale) rapportata all'intero anno;
- i costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2026.

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

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

Il rispetto del vincolo finanziario assegnato deve essere certificato dal Collegio sindacale di ciascun Ente del SSR.

Il mancato rispetto del vincolo di spesa sopra descritto comporta l'impossibilità di procedere con la manovra assunzionale approvata.

Qualora, per esigenze straordinarie ed eccezionali non prevedibili al momento della programmazione dei fabbisogni, dalla proiezione dei costi di personale rappresentati nei report infrannuali esitasse il mancato rispetto del vincolo di spesa assegnato così come sopra descritto, al fine di poter procedere comunque nella realizzazione di manovre assunzionali considerate indispensabili per il funzionamento dell'Ente, il direttore generale dell'Azienda formulerà alla DCS apposita relazione di illustrazione delle esigenze straordinarie ed eccezionali. La DCS a fronte delle motivazioni addotte valuterà, nell'ordine, rispettivamente:

1. in via prioritaria la compensazione del superamento del vincolo nell'ambito di quello complessivamente previsto a livello di sistema per lo stesso anno;
2. qualora non fosse possibile la misura di cui al punto 1. un piano di rientro della quota eccedente il vincolo di spesa dell'Ente interessato da svilupparsi nell'ambito del biennio successivo a quello di riferimento.

### **8.3.1 Personale amministrativo**

Per l'anno 2026, con riferimento al solo personale dirigente del ruolo amministrativo, il limite assunzionale è individuato per tutti gli Enti del SSR nel numero dei dirigenti amministrativi in servizio al 31 dicembre 2024 integrato dalle assunzioni autorizzate nel piano dei fabbisogni 2025. Il limite non potrà essere superato salvo in presenza di scelte organizzative e gestionali specifiche. Tali scelte dovranno essere descritte in dettaglio nel piano annuale delle aziende, indicando le motivazioni, gli obiettivi e gli impatti previsti. È fondamentale che queste scelte siano strutturate in modo tale da non compromettere la disponibilità e la manovrabilità delle risorse destinate al personale sanitario, che deve rimanere prioritario nella pianificazione strategica e operativa del sistema sanitario regionale. Sulla base di tali elementi organizzativi la DCS valuterà l'autorizzazione preventiva alla deroga al limite generale, sentita ARCS.

### **8.3.2 Personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.**

La L. 205/2017 prevede che gli IRCCS, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative in materia di contenimento del personale, nell'ambito dei posti della complessiva dotazione organica del personale destinato alle attività di assistenza e di ricerca, possono inquadrare a tempo indeterminato nei ruoli del Servizio sanitario il personale che abbia completato il secondo periodo contrattuale di cui all'art. 1 c. 426 della stessa legge con valutazione positiva.

Il successivo art 3-ter del DL 51/2023 contempla per gli IRCCS, dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2025, la possibilità di assumere a tempo indeterminato il personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria reclutato a tempo determinato con procedure concorsuali, comprese le assunzioni effettuate ai sensi dell'articolo 1, commi 429, 430 e 432, della legge n. 205 del 2017, che al 30 giugno 2023 abbia maturato i requisiti di anzianità previsti, in deroga alla L. 205/2017 stabilendo che dette assunzioni siano in deroga al tetto di spesa fino al 31.12.2025.

Allo stato attuale dell'ordinamento nazionale, per il 2026 i costi per il personale della ricerca assunto a tempo indeterminato devono necessariamente trovare copertura all'interno dei bilanci degli IRCCS, anche utilizzando fonti di finanziamento diverse dai quelli regionali in considerazione della specifica natura che connota gli stessi istituti (es. altri finanziamenti per i quali non sussiste specifica destinazione). La quota di costi a carico dei finanziamenti individuati, diversi da quelli regionali, potrà essere portata in detrazione dal vincolo di spesa del personale.

### **8.3.3 Trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende**

In caso di trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende cui consegua anche il passaggio di personale, il costo relativo ai rapporti di lavoro oggetto di trasferimento che incide sul vincolo di spesa dovrà risultare da apposita certificazione congiunta delle aziende interessate attestante l'ammontare di tali risorse - incluse le correlate quote di fondo - e le unità di personale coinvolte. I predetti trasferimenti di risorse fra le Aziende saranno ad invarianza di costo complessivo.

### **8.3.4 Esteralizzazione di servizi**

In conformità a quanto previsto dall'art. 6-bis del D.Lgs. n. 165/2001 in casi di processi di esternalizzazione, le aziende interessate sono tenute al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale. Al ricorrere di tale fattispecie, gli enti dovranno produrre i verbali del Collegio Sindacale da cui emerge l'evidenza dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di personale. Di tali operazioni dovrà essere data evidenza nei report trimestrali.

### **8.3.5 Reinternalizzazione di servizi**

Nel caso si verifichino processi di "reinternalizzazione" dei servizi, il vincolo di spesa del personale potrà essere incrementato nella misura corrispondente alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi esternalizzati. Al riguardo l'Azienda dovrà dare evidenza, nei report trimestrali, della manovra organizzativa, degli obiettivi perseguiti e degli impatti previsti anche in termini di costi al fine di consentire l'eventuale adeguamento del vincolo di spesa di personale.

## **8.4 Prestazioni aggiuntive**

L'acquisto di prestazioni aggiuntive da parte del personale del comparto sanitario e della dirigenza, ai sensi dell'art. 8, comma 3, della L.R. 13/2024, è autorizzato dall'Ente del Servizio sanitario regionale nel rispetto dei criteri di sostenibilità economica e invarianza della spesa e a condizione che sia rispettato il vincolo di spesa del personale, tenuto conto dei dati di monitoraggio delle rilevazioni infrannuali e di ogni altra informazione utile a motivarne la sostenibilità, di cui deve essere dato atto nei provvedimenti adottati. Gli atti sono trasmessi ad ARCS ai fini del monitoraggio.

Devono essere altresì verificate le seguenti condizioni:

deve rivestire carattere di eccezionalità e temporaneità per:

- a. far fronte alla carenza di personale del ruolo sanitario del comparto sanità e della dirigenza sanitaria, a tempo indeterminato e determinato, rispetto alle previsioni dei piani triennali dei fabbisogni di personale approvati dalla DCSPSD, laddove risulti oggettivamente impossibile procedere ad assunzioni per mancanza di graduatorie;
- b. temporaneo contenimento/abbattimento delle liste di attesa, nonché, per la riduzione del ricorso alle esternalizzazioni, concorrendo all'incremento dell'offerta di prestazioni.

Le prestazioni acquisite e i relativi costi conseguenti (sia comparto che dirigenza) devono mantenersi all'interno del tetto di spesa sul personale assegnato.

Concorrono al rispetto del tetto di spesa del personale le prestazioni aggiuntive acquisite e i relativi costi secondo le seguenti specifiche:

- personale di comparto: intero costo per prestazioni aggiuntive comprensivo di oneri conto ente;
- dirigenti: costo dell'IRAP sulle prestazioni acquistate e costo comprensivo di oneri conto ente per le prestazioni acquistate con i risparmi della ritardata manovra assunzionale.

Le prestazioni acquisite per recupero e riduzione delle liste d'attesa, qualora previste a valere su eventuali quote di finanziamento statale e regionale finalizzato, e comunque per un importo complessivo almeno pari ai costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni aggiuntive il cui importo sia oggetto di applicazione di incremento tariffario ex art. 1, commi 218, 219 e 220, della legge n. 213/2023, sono neutre rispetto al tetto di spesa assegnato (sia comparto che dirigenza). Sono altresì considerati neutri rispetto al tetto di spesa i costi sostenuti per l'acquisto di prestazioni aggiuntive finanziati con gli introiti di cui alla L. 1, c. 4 lett. c) della L. 3.8.2007 n. 120 e smi..

## **8.5 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2026-2028**

In conformità al decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, n. 132 del 30 giugno 2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" nella redazione del "Piano triennale dei fabbisogni del personale", gli enti dovranno rappresentare:

- a) la consistenza di personale al 31.12.2025, suddivisa per categorie, ruoli e profili, con evidenza separata per il personale universitario, della ricerca e della dotazione organica aggiuntiva ad esaurimento di cui al all'art. 17, c. 4, della LR 16/2022;
- b) la programmazione delle risorse umane 2026 tenendo conto:
  - della capacità assunzionale in riferimento al vincolo di spesa assegnato;
  - della stima del trend delle cessazioni note e presunte;
  - della mobilità del personale;
  - delle azioni di riorganizzazione che impattano sull'impiego di personale compresi i processi di internalizzazione, esternalizzazione e trasferimento di funzioni. Con specifico riferimento ai servizi per la disabilità di cui alla LR 16/2022, le aziende dovranno evidenziare le unità di personale complessivamente destinate ai predetti servizi suddivisi fra personale della dotazione organica aggiuntiva ad esaurimento e personale proprio del SSR;
  - dei percorsi di riqualificazione del personale e dei passaggi all'interno della medesima area tra profili diversi;
  - della possibilità di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di legge;
- c) le strategie e modalità di copertura del fabbisogno.

Nell'ambito del vincolo di spesa assegnato, ciascun ente dovrà presentare la manovra di personale per l'anno 2026 compilando le apposite tabelle per le quali verranno fornite specifiche indicazioni, comprese le tabelle relative ai processi di internalizzazione ed esternalizzazione di servizi.

Ricordato che il PTFP 2026-2028 riguarda tutte le tipologie di personale (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro flessibile) indispensabili per l'assolvimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto della programmazione sanitaria e in coerenza con la struttura organizzativa delineata dagli atti aziendali, i Piani dovranno contenere l'indicazione:

- del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato suddiviso per area, ruolo e profilo, da esprimersi sia in teste che in tempo pieno equivalente (FTE), con specifica evidenza del personale della ricerca, del personale universitario che svolge funzioni assistenziali e del personale della dotazione organica aggiuntiva di cui all'art. 17, c. 4, della L.R. 16/2022 i cui costi gravano sul bilancio sanità;
- del personale con contratti flessibili (lavoro autonomo, co.co.co., libera professione., rapporti di somministrazione ...).

In caso di assunzioni/cessazioni in corso d'anno il numero di teste deve essere indicato per intero.

La manovra dovrà essere quantificata, dal punto di vista dei costi, in ragione d'anno, indipendentemente dalla data di assunzione o di cessazione nel caso di turn-over al fine di non generare il cd "effetto trascinamento".

La dotazione dovrà essere espressa alla data del 31 dicembre di ogni anno.

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute valuterà i PTFP proposti dalle aziende del SSR e trasmetterà alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento dei piani stessi, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio, la proposta di approvazione dei PTFP aziendali. Nei successivi 30 giorni la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà all'approvazione dei predetti Piani, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà ad approvare il PTFP dell'ARCS entro 60 giorni dal ricevimento, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

Si evidenzia che l'approvazione regionale costituisce autorizzazione del piano delle assunzioni utili alla copertura della dotazione organica prevista nell'annualità 2026, nei limiti previsti dai costi e degli FTE (Full Time Equivalent) autorizzati; per le annualità 2027 e 2028 ha invece un valore esclusivamente programmatorio, non determinando alcuna autorizzazione di assunzione o di spesa.

Nei trenta giorni successivi all'approvazione da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, le Aziende provvederanno alla trasmissione dei contenuti dei PTFP tramite il sistema di cui all'articolo 60 del D. Lgs. 165/2001, pena l'impossibilità di effettuare nuove assunzioni nel triennio di riferimento.

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

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, previo parere formulato da ARCS, approverà espressamente le proposte di rimodulazione dei fabbisogni, e dell'eventuale conseguente rimodulazione del tetto di spesa, entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

## **8.6 Piano straordinario di verifica degli organici e degli standard del personale**

Al fine di garantire la sostenibilità e la coerenza delle politiche di programmazione sanitaria con gli obiettivi assegnati per il triennio 2026-2028, la Direzione Centrale Salute avvia per l'anno 2026 un piano straordinario di verifica degli organici e degli standard del personale, con particolare riferimento a:

1. sviluppo dell'assistenza territoriale: confronto tra organici effettivi e funzioni assistenziali previste dalla normativa nazionale e regionale, con attenzione al pieno dispiegamento del modello DM 77/2022;
2. funzioni centralizzate a valenza regionale: rilevazione dei costi e delle dotazioni di personale correlate a centri e strutture con funzione regionale al fine di valutarne l'impatto sui tetti di spesa aziendali;
3. processi di esternalizzazione e internalizzazione: analisi comparativa degli effetti in termini di fabbisogno di personale, standard di qualità ed equilibrio economico;
4. tetti di spesa: valutazione dell'impatto delle misure di potenziamento 2025-2026, con eventuale proposta di revisione dei limiti di spesa a decorrere dal 2027, alla luce dei fabbisogni validati e della performance raggiunta.

# **9. FORMAZIONE CONTINUA ED ECM**

## **9.1 Programmazione della formazione**

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

Le Aziende/Enti del SSR 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.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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)	Adozione dei documenti entro i termini previsti per l'approvazione del PAL/PAO e PIAO	ARCS	SI'	coordinamento e monitoraggio	Verifica della coerenza della pianificazione con le linee strategiche
				ASUGI	SI'		
				ASUFC	SI'		
				ASFO	SI'		
				CRO	SI'		
				BURLO	SI'		

### 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. I Provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2025 entro il 30/04/2026.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.1.2.a	Rendicontazione della formazione anno 2025	Elaborazione della relazione annuale dei provider regionali della formazione secondo il format condiviso (SI'/NO)	Invio al Servizio personale SSR e formazione e ad ARCS della relazione annuale entro il 30.04.2026	ARCS	SI'	coordinamento e monitoraggio	Trasmissione dei dati di interesse alla Commissione nazionale FC e adozione della relazione annuale nei tempi previsti
				ASUGI	SI'		
				ASUFC	SI'		
				ASFO	SI'		
				CRO	SI'		
				BURLO	SI'		

## 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

Per la realizzazione del Corso di formazione in infezioni ospedaliere dedicato al personale sanitario, la Regione Friuli Venezia Giulia ha a disposizione l'importo complessivo di € 2.055.801,32 con previsione di un target di "dipendenti formati in infezioni ospedaliere" pari a 7537 unità al 30.06.2026.

La progettualità formativa è stata affidata agli Enti del Servizio Sanitario Regionale quali soggetti attuatori esterni

come da DGR 1045 del 15 luglio 2022 ed è stata declinata nel Piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale SSR allegato alla DGR 1722 del 18 novembre 2022, con la quale è stato altresì approvato il riparto delle risorse finanziarie tra i soggetti attuatori esterni – Provider ECM del SSR. La pianificazione è stata modificata con DGR 1027 del 24 luglio 2025.

Nel corso del 2025 alle suddette 7537 unità se ne sono aggiunte 104, a seguito di una redistribuzione che ha interessato il target della Regione Sardegna; le ulteriori unità saranno imputate alle Aziende/Enti del SSR tenuto conto del numero aggiuntivo di dipendenti formati, dato che alcuni tra i soggetti attuatori risultano aver raggiunto il target assegnato.

In analogia alle precedenti annualità, i percorsi formativi programmati nel conclusivo anno 2026 vengono previsti nel PFR e inseriti nei PFA dei singoli soggetti attuatori e rappresentano una linea formativa prioritaria per gli stessi al fine del raggiungimento del Target previsto.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.2.1a	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 ridistribuire	Almeno 7537 + 104 unità di personale sanitario con formazione specifica in infezioni ospedaliere al 30/06/2026	ARCS	n. 33 dipendenti	coordinamento e monitoraggio	
				ASUGI	n. 2396 dipendenti		
				ASUFC	n. 3194 dipendenti		
				ASFO	n. 1370 dipendenti		
				CRO	n. 237 dipendenti		
				BURLO	n. 307 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**

L'investimento prevede la realizzazione di tre percorsi di formazione affidati ad ARCS, indirizzati ai manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSN, con lo scopo di fornire loro le competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali in ottemperanza al DM 77/2022, incrementando la conoscenza e l'utilizzo delle innovazioni digitali e tecnologiche (telemedicina, FSE, ecc.). 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/GFVG 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. In analogia con le annualità precedenti, il corso, previsto nel Piano della Formazione Regionale e inserito nel PFA di ARCS, rappresenta una linea formativa prioritaria.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.2.1.b	Misone 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	Raggiungimento del target previsto di n. 95 dipendenti del SSR forniti di competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali in ottemperanza del DM 77/2022	Almeno 95 unità di personale con formazione manageriale specifica al 30/06/2026	ARCS	n. 95 dipendenti SSR		

### 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.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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)	n. 1 report entro il 31.03.2026	ASUGI	SI'		
				ASUFC	SI'		
				ASFO	SI'		

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

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

Alla Regione FVG sono stati assegnati i seguenti obiettivi: 2 unità di personale hanno partecipato nel 2025 al corso pilota promosso e organizzato da Agenas e 42 unità di personale dovranno partecipare al corso regionale che dovrà essere organizzato a cura di ARCS, a seguito del ricevimento del finanziamento da parte di Agenas come previsto dall'Accordo. L'iniziativa è pertanto sostenuta da specifica assegnazione di finanziamento nazionale e rappresenta una linea formativa prioritaria.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.2.3.a	Conoscenza e utilizzo dell'HTA, o logiche di HTA, da parte dei professionisti che operano all'interno del SSR	Raggiungimento del target previsto di n.42 dipendenti del SSR formati	Almeno 42 dipendenti del SSR con formazione specifica nell'utilizzo dell'HTA entro 31.12.2026	ARCS	n. 42 dipendenti SSR		

### 9.3 Iniziative formative regionali strategiche

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

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

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

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

La progettualità formativa, prevista nel Piano della Formazione Regionale, è affidata ad ARCS che potrà, eventualmente, attivare le specifiche iniziative anche in collaborazione con gli altri provider ECM del SSR e va considerata una linea formativa prioritaria.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.3.1.a	Programmazione della formazione destinata agli IFoC per l'anno 2026	Programmazione della formazione destinata agli IFoC, contenente percorsi, tempistiche di realizzazione e target dei partecipanti. (SI'/NO)	Adozione e invio al Servizio personale SSR e formazione del documento programmatico entro il 31.03.2026	ARCS	SI'		

#### 9.3.2 Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico-amministrativa

La realizzazione dei corsi di formazione manageriale e formazione specialistica tecnico– amministrativa è affidata

ad ARCS. Quale linea strategica definita dalla normativa di riferimento, è considerata linea prioritaria.

Nel 2026 saranno previsti interventi formativi prioritariamente rivolti a direttori di struttura complessa di area sanitaria.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.3.2.a	Programmazione dell'attività formativa manageriale e della formazione specialistica tecnico-amministrativa per l'anno 2026	Programmazione della formazione manageriale e specialistica tecnico-amministrativa, contenente percorsi, tempistiche di realizzazione e target dei partecipanti. (SI'/NO)	Adozione e invio al Servizio personale SSR e formazione del documento programmatico entro il 31.03.2026	ARCS	SI'		

### 9.3.3 Formazione operatori sociosanitari (OSS) e assistenti infermieri

Nel corso del 2026 proseguirà l'attività formativa svolta dalle Aziende del SSR a supporto della Direzione centrale Lavoro, formazione, istruzione e famiglia per il conseguimento della qualifica di operatore sociosanitario (OSS) al fine di soddisfare il fabbisogno di detti operatori.

Con la pubblicazione del DPCM 25.3.2025 sono entrate in vigore le disposizioni di cui all'Accordo Stato/Regioni 3.10.2024 in merito alla revisione del profilo dell'OSS, che disapplica l'Accordo S/R 22.2.2001, fermo restando che i corsi già autorizzati in base alla precedente normativa potranno essere portati a compimento e che in ogni caso le nuove disposizioni dovranno trovare applicazione entro 24 mesi dall'entrata in vigore del DPCM.

Il DPCM 28.2.2025 ha recepito le disposizioni di cui all'Accordo Stato/Regioni 3.10.2024, modificato dall'Accordo S/R 28.12.2024, istituendo il profilo professionale dell'assistente infermiere (AI), quale operatore di interesse sanitario, di cui all'art. 1, comma 2 della L 43/2006 (ricompreso nell'area delle professioni socio sanitarie, di cui all'art. 3 octies D.Lgs 502/1992 – profilo socio sanitario art. 5, L 3/2018).

L'AI svolge mansioni proprie dell'OSS e collabora con l'infermiere; fa assistenza diretta di tipo sanitario e supporto gestionale, organizzativo e formativo; opera in contesti territoriali e ospedalieri, sanitari, socio sanitari e sociali, presso servizi e strutture residenziali, semi residenziali e diurne, a domicilio, nelle strutture per disabili, servizi ambulatoriali e altro.

L'assistente infermiere vede l'equipollenza con l'OSS con formazione complementare.

L'Accordo S/R del 16.1.2003 per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria è disapplicato. I corsi già autorizzati possono tuttavia essere portati a compimento fermo restando che entro 24 mesi dall'entrata in vigore del DPCM devono trovare applicazione le nuove disposizioni.

Nel corso del 2026 si svolgeranno le attività volte all'attuazione delle nuove disposizioni in materia di formazione degli OSS e degli assistenti infermieri, in collaborazione con i competenti Uffici della Direzione centrale Lavoro, ai fini di ottemperare alla normativa sopra illustrata entro i termini previsti.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.3.3a	Attuazione delle nuove disposizioni in materia di formazione degli OSS e degli assistenti infermieri, in collaborazione con i competenti Uffici della Direzione centrale	Produzione di un documento programmatico finalizzato all'avvio dei percorsi. (SI'/NO)	Realizzazione del documento entro il 30.06.2026	ARCS	SI'		coordinamento e monitoraggio

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Lavoro. Pianificazione delle attività formative destinate agli OSS e agli Al.					

#### 9.3.4 Formazione su Cybersicurezza

Considerata l'importanza strategica dell'argomento e l'obbligo formativo introdotto dall'art. 23 del decreto legislativo 4 settembre 2024, n. 138 (che recepisce la direttiva UE 2022/2555, anche detta NIS2), nel corso del 2026 verranno avviate specifiche iniziative formative rivolte al Personale del SSR, comprese le Direzioni Strategiche degli Enti del SSR.

### 9.4 Centro di formazione per l'assistenza sanitaria – Centro Formazione Regionale ARCS

Nel corso del 2026 proseguono le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale. Entro la fine del 2026 sarà avviata la formazione per il triennio 2026-2029. Ai 40 posti messi a disposizione con borsa di studio finanziata dalla Regione e ai 2 posti dei medici riservatari ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL n. 35/2019, convertito con Legge n. 60/2019, si aggiungono ulteriori 17 posti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L'incremento dei medici in formazione rende improcrastinabile la riorganizzazione dell'attività didattica teorica e l'adeguamento delle sedi destinate alla stessa e nello stesso tempo realizzare un migliore coinvolgimento delle Aziende a supporto della formazione specifica per le attività di tirocinio pratico.

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

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

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

Le tematiche prioritarie dell'attività formativa per il 2026 sono legate ad affinare le competenze dei professionisti al corretto utilizzo ed alimentazione del FSE, alla terapia del dolore cronico, ad aggiornare le conoscenze di MMG e PLS sull'importanza della privacy e del trattamento dei dati e documenti clinici, alle innovazioni connesse all'attuazione del PNRR – Missione 6 (Salute), Componente 1: Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità.

Le attività formative e di audit professionalizzante in AFT vanno accreditate come FSC a cura di ciascuna Azienda.

Il Comitato di indirizzo, su proposta del Comitato esecutivo, approva il calendario annuale delle giornate di formazione nelle quali possono essere previste anche le iniziative formative istituzionali dei Pediatri di libera scelta, nonché dei Medici specialisti ambulatoriali interni, dei Medici veterinari e altre Professionalità sanitarie ambulatoriali, da svolgere preferenzialmente in seno alle rispettive AFT.

## 9.5 Priorità regionali su organizzazione e gestione

### 9.5.1 Revisione del Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia

Il Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia vigente è stato adottato con decreto n. 096/Pres del 13.6.2019, su conforme DGR 924/2019.

Si prevede nel corso del 2026 di valutare l'aggiornamento della disciplina regionale vigente in materia, in considerazione delle sopravvenute disposizioni nazionali, anche in un'ottica di semplificazione e snellimento di alcuni percorsi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.5.1.a	Revisione del Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina	Costituzione di un tavolo tecnico multidisciplinare con componenti di ARCS e DCS  Elaborazione di una proposta di revisione del testo del Regolamento  (SI/NO)	Tavolo tecnico entro il 31.01.2026  Proposta di revisione del regolamento entro il 30.06.2026	ARCS	SI'		coordinamento e monitoraggio

### 9.5.2 Applicativo gestionale per la formazione

Nel 2026, nell'ambito delle azioni di miglioramento del gestionale della formazione "TOM", sarà oggetto di valutazione l'eventuale implementazione dello strumento con ulteriori funzioni finalizzate ad agevolare l'operatività dei Provider:

- valutazione della possibilità, per singola azienda, di attivare la funzionalità "valutazione dell'impatto della formazione";
- valutazione della possibilità di attivare il sistema di "alert" per le scadenze del personale per i percorsi obbligatori.

## 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, gli Enti del SSR rivestono il ruolo di soggetti attuatori esterni ai sensi dell'articolo 5, comma 6 dello schema di CIS che, attraverso la sottoscrizione delle schede intervento, hanno assunto congiuntamente e solidalmente con la Regione tutte le obbligazioni contenute nel CIS per la parte relativa all'intervento delegato per quanto attiene ai cronoprogrammi di attuazione e al rispetto

delle condizionalità, delle milestone e target previsti.

### 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. In ciascuno di tali atti è confermato che gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

Contestualmente all'avanzamento degli interventi, la DCS prosegue nel monitoraggio e nella valutazione delle rimodulazioni necessarie, anche riferite alle eventuali ulteriori necessità finanziarie per completare le opere, garantire continuità ai cantieri e rispettare gli impegni e gli obiettivi del PNRR che di seguito si riportano:

Linea d'investimento	Obiettivo
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona	N. 23 Case della comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche
M6C1I1.2.2.1 - Centrali operative territoriali (COT) - COT	N. 12 Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti
M6C1I1.2.2.3 - Centrali operative territoriali (COT) - Device	
M6C1I1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	N. 7 Ospedali di comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche
M6C2I1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)	N. 41 Grandi apparecchiature sanitarie operative
M6C2I1.2.1 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)	N. 1 Completamento degli interventi antisismici nelle strutture

### 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.

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

## 10.2 Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID

Nel corso del 2026 prosegue l'attuazione degli interventi finalizzati alla realizzazione delle opere previste nel Piano per il potenziamento della Rete Ospedaliera per emergenza COVID-19.

Il quadro della governance:

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

In via transitoria, le modalità operative di esecuzione delle attività di monitoraggio, controllo e controllo della rendicontazione circa gli interventi del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19, di cui al decreto n. 1/2020 di data 23/12/2020 del Commissario delegato per l'attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera, sono svolte in maniera congiunta fra ARCS e Unità operativa specialistica (UOS) di bilancio e coordinamento strategico della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: le modalità operative, condivise fra i due Enti, saranno formalizzate da ARCS alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità entro il 28/02/2026.

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

Con successive delibere di giunta regionale la regione ha garantito l'intera copertura finanziaria per la realizzazione degli interventi compresi nel Piano di riorganizzazione della Regione Friuli Venezia Giulia, non sostenuta dalle sole risorse assegnate dal «Decreto Rilancio».

Il quadro riassuntivo degli obiettivi previsti per questa iniziativa è di seguito rappresentato:

Obiettivo	
Tabella 2	n. 58 posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva n. 85 posti letto aggiuntivi di Terapia Semiintensiva
Tabella 3	n. 12 Pronto Soccorso ristrutturati
Tabella 4	n. 1 Mezzo di Trasporto acquistato

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

della Campagna Vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla Pandemia, per la necessaria approvazione. Ad oggi risultano approvate in via definitiva, dopo il nulla osta del Ministero della Salute, n. 4 proposte di rimodulazione.

Nel corso del 2026 i Soggetti Attuatori, al raggiungere delle condizioni stabilite dal "Disciplinare di attuazione Economico-finanziaria e di Rendicontazione delle spese" del 01.02.2021, avvieranno le attività di rendicontazione delle spese propedeutiche alla formale presentazione delle richieste di rimborso dei finanziamenti stanziati dal DL. 34/2020 secondo le modalità disposte dal Disciplinare stesso.

### 10.3 Programmi di finanziamento di investimenti sanitari con fondi statali

Nel corso del 2026 prosegue l'attuazione degli interventi compresi in programmi di finanziamento di investimenti sanitari con fondi statali: in considerazione dello stato di avanzamento dell'esecuzione dei singoli interventi, si riepilogano di seguito i risultati attesi, suddivisi per programmi e per Azienda titolare degli interventi (nella tabella sono inseriti esclusivamente gli interventi per i quali è atteso un avanzamento nel corso del 2026):

Programma	Ente del SSR	Importo FS	Risultati attesi nel 2026
Accordo di programma fra la Regione Friuli Venezia Giulia e il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per investimenti sanitari ex articolo 20 della legge n. 67/1988 - anno 2013-2016	ASUFC	43.694.575,91	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro 28/02/2026 trasmissione alla DCS del cronoprogramma aggiornato dell'intervento</li> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> </ul>
	ASUGI	59.529.677,84	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro 28/02/2026 trasmissione alla DCS del cronoprogramma aggiornato dell'intervento</li> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> <li>• entro il 31/12/2026 richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori</li> </ul>
Ristrutturazione e alla riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici	ASUFC	420.234,24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro 28/02/2026 trasmissione alla DCS del cronoprogramma aggiornato dell'intervento</li> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> <li>• entro il 31/12/2026 richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori</li> </ul>
Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliero per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	ASUFC	593.900,48	
Interventi di installazione di impianti per la produzione di ossigeno medico, di ammodernamento delle linee di trasmissione dell'ossigeno ai reparti e di rafforzamento delle misure di sicurezza per il monitoraggio dell'atmosfera sovraossigenata	IRCCS BURLO	103.680,81	<p>A seguito della comunicazione da parte del Ministero della Salute di valutazione positiva della documentazione trasmessa, l'IRCCS Burlo potrà procedere con l'esecuzione dei lavori/la richiesta di erogazione dei fondi statali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> <li>• entro il 31/12/2026 richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori</li> </ul>
Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145	ASUFC	16.480.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro 28/02/2026 trasmissione alla DCS del cronoprogramma aggiornato dell'intervento</li> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> </ul>
	ASFO	10.429.218,04	
Art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019 comma 14 - Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese - PG4 interventi di edilizia sanitaria	ASUFC	1.633.909,08	
	ASUGI	700.000,00	
	ASUGI	700.493,50	
	ASFO	933.662,34	
	IRCCS CRO	420.148,05	

Programma	Ente del SSR	Importo FS	Risultati attesi nel 2026
	IRCCS BURLO	280.098,70	
Art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019 comma 14 - Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese - PG5 Efficientamento energetico e rinnovo tecnologico	ASUFC	2.819.142,72	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro 28/02/2026 trasmissione alla DCS del cronoprogramma aggiornato dell'intervento</li> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> </ul>
	ASUGI	2.416.408,04	
	ASFO	1.610.938,70	
	IRCCS CRO	724.922,41	
	IRCCS BURLO	483.281,61	
Programma Investimenti ex Art.20, Legge n. 67/1988: Investimento E.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" ex PNC	ASUGI	8.864.703,00	<p>A seguito della formalizzazione dell'Accordo di programma con il Ministero della Salute sarà possibile procedere alla richiesta di ammissione a finanziamento dell'intervento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entro 28/02/2026 trasmissione alla DCS del cronoprogramma aggiornato dell'intervento</li> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> <li>• entro il 31/12/2026 richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori</li> </ul>
	IRCCS CRO	5.852.280,00	
	IRCCS CRO	12.376.471,00	
Accordo di programma fra la Regione Friuli Venezia Giulia e il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per investimenti sanitari ex articolo 20 della legge n. 67/1988 - anno 2024	ASUFC	5.985.000,00	<p>A seguito della formalizzazione dell'Accordo di programma con il Ministero della Salute sarà possibile procedere alla richiesta di ammissione a finanziamento dell'intervento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entro 28/02/2026 trasmissione alla DCS del cronoprogramma aggiornato dell'intervento</li> <li>• entro il 31/12/2026 avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma</li> </ul>
	ASUFC	41.515.039,05	
	ASUFC	5.225.000,00	
	ASUFC	11.400.000,00	
	ASUGI	42.695.676,90	
	ASUGI	14.250.000,00	
	ASFO	14.915.000,00	
	ASFO	23.680.096,09	

Si riepilogano i principali adempimenti prescritti per l'attuazione degli investimenti finanziati con risorse statali:

- in fase di programmazione
  - è richiesta l'attestazione di assenza di doppio finanziamento e di assenza di sovrapposizione di finanziamenti diversi di qualsiasi natura;
- in fase di progettazione/ammissione a finanziamento di ogni singolo intervento
  - ai fini dell'ammissione a finanziamento dei singoli interventi deve essere trasmessa la documentazione di approvazione del progetto a base della procedura di affidamento dei lavori;
  - sono richieste le seguenti attestazioni:
    - completezza della documentazione ai fini dell'esecuzione
    - acquisizione di tutti i pareri/nulla osta/autorizzazioni previste per legge in base alla tipologia di intervento
    - estremi della verifica e validazione della documentazione di progetto;
- in fase di esecuzione di ogni singolo intervento
  - è richiesta la comunicazione di avvenuto affidamento dei lavori;
  - è richiesto li costante e progressivo aggiornamento dei dati riferiti all'intervento contenuti nella BDAP;
  - in caso di più linee di finanziamento per lo stesso appalto, vanno mantenuti separati documenti contabili, pagamenti e rendicontazione;
  - deve essere garantita la trasmissione dei dati relativi al monitoraggio annuale previsto dalle norme o in caso di altre eventuali richieste da parte del MEF e/o del MS;

- coerentemente con l'emissione degli stati di avanzamento dei lavori deve essere trasmessa la documentazione finalizzata alla richiesta di erogazione dei fondi statali (almeno una volta l'anno);
- deve essere tempestivamente comunicata ogni variazione/modifica contrattuale/ritardo nell'attuazione dell'investimento.

Eventuali ulteriori specifici adempimenti riguardanti i singoli interventi e programmi di finanziamento verranno progressivamente comunicati direttamente agli enti del SSR titolari degli interventi.

#### **10.4 Finanziamenti per investimenti nel SSR per il triennio 2026-2028**

Le risorse disponibili per interventi di investimento nel SSR previsti sul bilancio regionale 2026-2028, al netto di quelle già programmate nel corso degli esercizi precedenti, saranno programmate sulla base della Programmazione preliminare degli investimenti 2026, anche tenendo conto delle ulteriori necessità in relazione agli interventi PNRR e degli eventuali maggiori oneri imprevisti.

Nella programmazione degli interventi di investimento da realizzare con le risorse finanziarie assegnate, ferma restando l'autonomia decisionale aziendale, gli Enti del SSR sono tenuti a dare priorità agli interventi di messa in sicurezza e adeguamento alla normativa. Gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto della disciplina stabilita dall'articolo 33 della LR 26/2015 per ciascuna fase programmativa.

#### **10.5 Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti**

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

#### **10.6 Altre disposizioni**

##### **10.6.1 Obblighi di acquisizione di parere della DCS**

Nel 2026 gli Enti dovranno acquisire il parere della DCS per:

- la sottoscrizione con soggetti terzi degli impegni diversi da quelli previsti dall'articolo 36, comma 8, della LR 26/2015 riguardanti il patrimonio;
- l'introduzione di nuove tecnologie o la sostituzione di quelle esistenti, qualora la modalità di fornitura prevista non sia in conto capitale (ad esempio noleggio, service, comodato, ecc.) e appartenga alle seguenti classi tecnologiche di particolare complessità e/o rilevanza strategica in relazione alla programmazione sanitaria regionale:
  - Ambito radioterapico:
    - acceleratore lineare;
    - acceleratore lineare intraoperatorio;
    - sistema per tomoterapia;
    - sistema per protonterapia;
    - sistema per adroterapia;
    - TC per simulazione per radioterapia;
    - altre tecnologie per tecniche radioterapiche innovative.
  - Ambito diagnostico radiologico:
    - tomografo assiale computerizzato (TC);

- tomografo a risonanza magnetica;
- angiografo fisso;
- mammografo;
- altre tecnologie per tecniche radiodiagnostiche innovative.
- Ambito diagnostico di medicina nucleare:
  - gamma camera computerizzata;
  - sistema TC/gamma camera integrata;
  - sistema PET o TC/PET integrato;
  - ciclotrone;
  - altre tecnologie per tecniche diagnostiche innovative in Medicina nucleare.
- Ambito tecnologico a supporto dei sistemi informativi clinici:
  - sistemi per trasmissione ed archiviazione centralizzata di bioimmagini (PACS, digitalizzazione anatomia patologica, ...);
  - sistemi per trasmissione ed archiviazione centralizzata di tracciati e dati biometrici (es. ECG, spirometria, indagini diagnostiche ambulatoriali, ...);
  - altre sistemi innovativi a supporto dei sistemi informativi clinici.
- Ambito dell'automazione/navigazione nell'ambito dei processi clinici:
  - sistema robotizzato per chirurgia;
  - sistema robotizzato per la preparazione automatizzata di farmaci;
  - sistema robotizzato per la distribuzione automatizzata di farmaci;
  - sistemi di navigazione chirurgica;
  - altre tecnologie innovative nell'automazione dei processi clinici.
- Ambito del laboratorio:
  - spettrometria di massa con HPLC;
  - sequenziatori;
  - catene preanalitiche e analitiche;
  - sistemi robotizzati per anatomia patologica;
  - altre tecnologie innovative nel settore dei processi analitici.
- Attrezzature sanitarie con significativa complessità tecnologica e con carattere di particolare innovazione tecnologica non già definite nelle categorie sopra elencate la cui acquisizione implica un impatto e/o variazioni organizzative o gestionali o economiche significative per gli Enti dell'SSR.

La richiesta di parere alla DCS dovrà pervenire corredata della valutazione dell'ARCS che, preliminarmente a tal fine, provvederà a condividere con gli Enti del SSR l'elenco della documentazione ritenuta necessaria.

#### **10.6.2 Programmazione 2027**

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

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2027, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2027 (PPI 2027).

Gli enti del SSR, anche a seguito di un percorso preliminare di confronto, condotto direttamente con ARCS e secondo le modalità che saranno fornite da ARCS stessa nell'esercizio del proprio ruolo di coordinamento,

dovranno adottare il PPI 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). L'ARCS trasmetterà al NVISS:

- entro il 30 settembre 2026 il proprio PPI 2027;
- entro il 15 novembre 2026 una relazione con la valutazione dei PPI 2027 degli Enti del SSR, redatta sulla base delle indicazioni che saranno preliminarmente fornite dal Servizio Tecnologie e Investimenti.

#### **10.6.3 Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti**

ARCS proseguirà nel 2026 nel supporto:

- alle attività connesse con la programmazione, monitoraggio e controllo degli investimenti richieste dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità;
- alle attività di controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR, sulla base della documentazione resa disponibile dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e dagli Enti del SSR.

#### **10.6.4 Efficientamento della gestione operativa delle forniture di tecnologie mediche senza acquisto diretto degli Enti del SSR**

Al fine dell'efficientamento del processo di valutazione della consistenza del parco tecnologico biomedicale in uso presso gli Enti del SSR, ARCS nel 2025 ha elaborato una proposta operativa per la gestione e il monitoraggio delle forniture di tecnologie mediche senza acquisto diretto (noleggi, service, comodati, ...) da parte degli Enti del SSR. Nel corso del 2026 sarà obiettivo degli Enti del SSR implementare le soluzioni definite nella proposta operativa 2025 trasmessa con nota prot. 22219/P/GEN/ARCS dd. 30.05.2025:

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
10.6.4.a		Comunicazione ad ARCS della catena dei CIG Padre&Derivato attivati nel periodo	Con cadenza trimestrale	ASFO	Con cadenza trimestrale		
				ASUFC	Con cadenza trimestrale		
				ASUGI	Con cadenza trimestrale		
				BURLO	Con cadenza trimestrale		
				CRO	Con cadenza trimestrale		
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%	ASFO	100%		
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
				BURLO	100%		
				CRO	100%		
10.6.4.c		% di CIG derivati inseriti nella piattaforma unica regionale AITB per la gestione tecnico/operativa delle tecnologie biomedicali sul totale dei nuovi collaudi.	100%	ASFO	100%		
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
				BURLO	100%		
				CRO	100%		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
10.64.d		Predisposizione di una relazione sulla valutazione della consistenza della dotazione tecnologica acquisita con la formula del noleggio e del service nei primi tre trimestri del 2026 dagli Enti del SSR.	Trasmissione di una relazione alla DCS entro il 31.12.2026	ARCS	Trasmissione di una relazione alla DCS entro il 31.12.2026	Vedi target	
10.64.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 il 10 febbraio 2026	ASFO	entro il 10 febbraio 2026		
				ASUFC	entro il 10 febbraio 2026		
				ASUGI	entro il 10 febbraio 2026		
				BURLO	entro il 10 febbraio 2026		
				CRO	entro il 10 febbraio 2026		
10.64.f		Trasmissione alla DCS e agli Enti del SSR una relazione con l'aggiornamento della valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale di proprietà degli Enti del SSR FVG	Entro il 31 maggio 2026	ARCS	entro il 31 maggio 2026	Vedi target	

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

Sarà obiettivo 2026 di tutte le Aziende del SSR 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.

Inoltre ARCS organizzerà degli incontri periodici con i referenti tecnici degli Enti del SSR per il monitoraggio delle attività di utilizzo e lo sviluppo della piattaforma AITB.

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
10.65.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.	Entro il 31.03.2026	ASUGI	Trasmissione ad ARCS di una nota entro il 31.03.2026	Coordinamento e supporto	

### **10.7 Attrezzaggio nuovi padiglioni dell'ospedale di Udine**

Al fine di realizzare gli investimenti tecnologici per l'attrezzaggio dei nuovi Padiglioni dell'Ospedale di Udine ARCS e ASUFC collaborano per l'indizione ed espletamento delle procedure di gara previste nel piano congiunto definito per l'attrezzaggio degli stessi, secondo i fabbisogni espressi da ASUFC.

## **10.8 Il ruolo dei Partenariati Pubblico-Privati (PPP) nello sviluppo del sistema sanitario regionale**

Il Legislatore Regionale con la legge regionale 6 agosto 2025, n. 12, tra gli strumenti per lo sviluppo dell'innovazione tecnologica, gestionale, organizzativa e di processo nel Sistema "salute" individua, in particolare all'art. 8, comma 73, lettera c), anche la promozione di forme di partenariato pubblico privato. In considerazione delle proposte di iniziativa privata attualmente in corso di valutazione da parte degli Enti del SSR, i Partenariati Pubblico-Privati possono pertanto essere uno strumento per rafforzare la capacità del sistema sanitario regionale, accelerare innovazione e ammodernamento delle infrastrutture e migliorare l'efficienza dei servizi, nel rispetto della missione pubblica. Il loro utilizzo deve essere coerente con la programmazione regionale, sostenibile sul piano tecnico-economico e finalizzato al pieno rispetto e rafforzamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tali forme di collaborazione devono ispirarsi ai principi di equità, universalità, accessibilità e trasparenza, garantendo sistemi di controllo e valutazione efficaci.

## 11. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ

### 11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
11.1.a		Adesione alle buone pratiche relative all'utilizzo delle benzodiazepine nelle strutture residenziali per non autosufficienti	31 dicembre 2026	ASFO ASUFC ASUGI	Implementazione del programma in almeno due strutture residenziali per non autosufficienti in ogni Distretto Sociosanitario entro il 31/12/2026		
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	Trasmissione ad ARCS e alla DCS entro il 31 dicembre 2026 della Relazione aziendale sull'adempimento delle attività	ASFO ASUFC ASUGI	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.		
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	Trasmissione formale ad ARCS e alla DCS entro il 31 dicembre 2026 di documento formale di individuazione dei soggetti per i ruoli	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Trasmissione formale ad ARCS e alla DCS entro il 31 dicembre 2026 di documento comprovante l'avvenuta individuazione formale dei soggetti per i ruoli dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi (RAP) per i PP.OO. e il territorio		
11.1.d		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	31 dicembre 2026	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Invio alla DCS 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.e	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES) - Identificazione e comunicazione degli eventi sentinella secondo le indicazioni ministeriali	Inserimento degli eventi sentinella secondo le indicazioni ministeriali. L'obiettivo riguarda gli Enti del SSR. I tempi sono indicati dai documenti ministeriali di riferimento.	31 dicembre 2026	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	100% inserimento		

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
11.1f	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017 - Rendere disponibili 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).	31 dicembre 2026	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Dati pubblicati		
11.1g		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	31 dicembre 2026	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Invio alla DCS di una relazione secondo il format Rete Cure Sicure		
11.1h	Prevenzione e controllo delle infezioni	Effettuazione della sorveglianza nelle strutture per lungodegenti secondo protocollo HALT dell'ECDC	31 luglio 2026	ASFO	Esecuzione della rilevazione in tutte le RSA e in almeno 2 strutture residenziali per non autosufficienti per distretto sanitario		
				ASUFC	Esecuzione della rilevazione in tutte le RSA e in almeno 2 strutture residenziali per non autosufficienti per distretto sanitario		
				ASUGI	Esecuzione della rilevazione in tutte le RSA e in almeno 2 strutture residenziali per non autosufficienti per distretto sanitario		
11.1i	Sorveglianza SPI-UTI		31 marzo 2026	ASFO	Effettuazione della sorveglianza in almeno 1 reparto di terapia intensiva nel periodo gennaio-marzo 2026		
				ASUFC	Effettuazione della sorveglianza in almeno 1 reparto di terapia intensiva nel periodo gennaio-marzo 2026		
				ASUGI	Effettuazione della sorveglianza in almeno 1 reparto di terapia intensiva nel periodo gennaio-marzo 2026		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
11.1.j		Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico	Effettuazione della sorveglianza secondo le indicazioni della Rete Cure Sicure	ASFO	Inserimento dei dati 2025 entro il 31 marzo 2026 Attivazione della sorveglianza 2026 per il periodo settembre-novembre 2026		
		Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento dei dati secondo tempistiche concordate durante l'anno e comunicate alle Aziende	ASFO	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		
				ASUFC	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		
				ASUGI	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		
				BURLO	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.l	Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	Sostegno alla continuità ospedale territorio attraverso le attività di tracer	Attuazione di azioni di miglioramento definite a partire dalle attività di tracer	ASFO	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.		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
			realizzate nel 2025.	ASUFC	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.		
				ASUGI	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.m		Miglioramento del sistema di incident reporting e analisi del rischio in ambito territoriale	31 dicembre 2026	ASFO	Analisi dei dati 2025, identificazione delle criticità e implementazione di azioni di miglioramento. Invio di una relazione entro il 31 dicembre 2026		
		ASUFC		Analisi dei dati 2025, identificazione delle criticità e implementazione di azioni di miglioramento. Invio di una relazione entro il 31 dicembre 2026			
		ASUGI		Analisi dei dati 2025, identificazione delle criticità e implementazione di azioni di miglioramento. Invio di una relazione entro il 31 dicembre 2026			
11.1.n		Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità	31 dicembre 2026	ASFO	Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità		
		ASUFC		Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità			
		ASUGI		Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità			
		BURLO		Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità			
		CRO		Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità			

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
11.1.0	Violenza su operatore	Invio dei dati richiesti dall'Osservatorio delle Buone Pratiche	10 gennaio 2026	Enti del SSR	Invio dei dati richiesti per l'anno 2025 dall'Osservatorio delle Buone Pratiche sulla sicurezza		
11.1.p	Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Compilazione della survey sull'applicativo AGENAS	Entro i tempi definiti e comunicati da AGENAS	Enti del SSR	Compilazione dei questionari secondo le richieste di AGENAS e implementazione delle raccomandazioni non conformi.		

## 11.2 Accreditamento

### 11.2.1 Accreditamento

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

La Direzione centrale salute prenderà 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'accreditamento degli enti del SSR, nonché di valorizzare il ruolo degli esperti nelle medesime discipline non titolari di specifico incarico nell'ambito dei medesimi enti.

La Direzione centrale salute continuerà le attività finalizzate al rilascio dei procedimenti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei programmi di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) iniziata nel 2025.

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

La Direzione centrale salute, dopo la conclusione delle attività di verifica connesse al procedimento di rilascio dell'accreditamento provvisorio, continuerà le attività finalizzate al rilascio dell'accreditamento definitivo per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, ai sensi del DPReg n. 107/2022, iniziata nel 2025.

Il Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera e il Servizio sviluppo sistema sociale integrato, titolare del procedimento, continueranno a programmare le relative attività, in collaborazione con l'OTA.

La Direzione centrale salute, con il contributo dell'OTA, finalizzerà le attività inerenti l'emanazione di nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento qualora previsto dalla disciplina normativa cogente, tra cui quelli per le attività di cura dei disturbi del comportamento alimentare svolte presso le sedi territoriali delle Aziende sanitarie e quelle per le cure palliative non domiciliari, rivolte sia ai pazienti in età pediatrica che in età adulta, i cui lavori hanno avuto inizio nel 2025.

La Direzione centrale salute, con il contributo dell'OTA, avvierà le attività inerenti i procedimenti di autorizzazione e/o accreditamento degli ospedali di comunità e contribuirà alla ridefinizione e riconfigurazione delle residenze sanitarie assistenziali e relativi aggiornamenti dei requisiti di autorizzazione e accreditamento applicabili.

La Direzione centrale salute, con il contributo dell'OTA, continuerà le sinergie avviate nel 2025 con la Rete delle Cure Sicure per sensibilizzare le strutture sanitarie e socio – sanitarie pubbliche e private verso i temi inerenti il rischio clinico, con particolare attenzione al contenimento dei rischio infettivo.

La Direzione centrale salute, con il contributo dell'OTA, continuerà le sinergie avviate nel 2025 con i Dipartimenti di Prevenzione, al fine di allineare i procedimenti di autorizzazione delle strutture sanitarie e socio – sanitarie

provate di pertinenza, con quelli di accreditamento.

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

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

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

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
11.2.1.a	<p>Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei professionisti da avviare al percorso formativo dei valutatori e degli esperti.</p> <p>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 percorso per diventare valutatore</p>	<p>1. Evidenza campagna di reclutamento (e-mail di avvio campagna con requisiti di accesso alla funzione e ai profili richiesti).</p>	<p>1. negli elenchi dei candidati figura l'80% dei profili professionali necessari/richiesti.</p>	<p>1. Ogni ente mette a disposizione almeno 3 professionisti con profilo professionale inerente alla campagna di reclutamento</p>	<p>1. Pubblicazione elenco valutatori aggiornato nell'area dedicata del sito web.</p>	<p>1. Aggiornamento elenco valutatori</p>

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
	<p>dell'accreditamento.</p> <p>2. Gli enti del SSR mettono a disposizione tali professionisti e consentono loro di partecipare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento.</p> <p>3. Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento, di partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA.</p>	<p>2. Evidenza autorizzazione da parte dell'azienda (e-mail) rispetto al reclutamento delle candidature volontarie acquisite e relativi doveri (partecipazione obbligatoria a 1 gg di formazione Corso Base); evidenza partecipazione a Corso Base (attestato) per singolo professionista.</p> <p>3. Evidenza gg di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione della richiesta regionale</p>	<p>2. Almeno l'80% dei professionisti partecipa al Corso Base, se erogato.</p> <p>3. Formazione dei GdV garantendo l'affiancamento dei nuovi candidati al fine del completamento della formazione e il coinvolgimento dei valutatori già formati in modo omogeneo tra le aziende sanitarie.</p>	<p>2. Gli enti autorizzano l'80% dei loro candidati a partecipare alla giornata di Corso Base</p> <p>3. Gli enti autorizzano i loro candidati e valutatori a partecipare ai sopralluoghi ad almeno 7 gg/anno per ciascuno (secondo le richieste di DCS e OTA).</p>	<p>2. ARCS funge da Provider per l'erogazione del Corso Base, accreditato con ECM.</p> <p>3. /</p>	<p>2. Invio invito di partecipazione al Corso base a tutti i candidati valutatori; docenza su aspetti normativi e uso del sw SAOSS.</p> <p>3. Organizza e, in sinergia con l'OTA, dei gruppi di verifica in base ai ruoli necessari in funzione della struttura sanitaria da verificare con inserimento di candidati e valutatori; rendicontazione del percorso del singolo valutatore con computo del numero di giornate effettivamente effettuate.</p>
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	<p>Numero valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali</p> <p>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</p>	<p>Numero minimo dei valutatori con profili specifici richiesti da Ministero della Salute e Agenas</p> <p>&gt;75% delle giornate totali programmate dal Ministero della salute e dall'Agenas</p>	<p>Messa a disposizione dei profili richiesti.</p> <p>Autorizzazione delle missioni dei professionisti in regime istituzionale/formazione obbligatoria</p>	Pubblicazione sull'area del sito internet degli elenchi dei valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	<p>Flussi informativi con Enti ministeriali e con le Direzioni aziendali per monitoraggio reclutamenti e mantenimento delle competenze.</p>

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero incontri programmati (min 40 incontri/anno, di norma 1/settimana lavorativa)  Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli incontri programmati / totale incontri  Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS  Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati all'organismo (discente) / totale giornate erogate  Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali (docente) / totale giornate erogate	Ciascun componente OTA garantisce la sua presenza per ≥1 giorni/settimana su 40 settimane lavorative  Ciascun componente OTA presenzia per il 75% delle gg programmate  ≥1 progetto di formazione per componenti OTA/anno ≥1 progetto di formazione per valutatori/anno  100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati all'OTA da parte di ogni componente OTA (salvo motivi giustificati)  100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali per ogni componente OTA con incarico di docenza	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Coinvolgimento del Provider ARCS nell'organizzazione degli eventi di formazione con erogazione di ECM per le professioni sanitarie.	Partecipazione agli incontri dell'OTA e agli eventi formativi adesso dedicati. Partecipazione obbligatoria agli eventi formativi dedicati ai valutatori se previsto incarico di docenza.

### 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).

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
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	ASFO	Istituzione del Gruppo di lavoro entro il 31/01/2026	Coordina-mento	
		ASUFC					
		ASUGI					
		BURLO					
		CRO					
		ARCS					
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)	Trasmissione alla DCS della documentazione tecnica entro il 30/04/2026	ASFO	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	Coordina-mento e comparte-cipazione al target	
		ASUFC					
		ASUGI					
		BURLO					
		CRO					
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	Trasmissione alla DCS della documentazione tecnica entro il 30/06/2026	ASFO	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	Coordina-mento e monito-raggio	
		ASUFC					
		ASUGI					
		BURLO					
		CRO					
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	ASFO	Trasmissione alla DCS della documentazione tecnica entro il 31/12/2026	Monitoraggio	
		ASUFC					
		ASUGI					
		BURLO					
		CRO					
11.2.2.e	Formazione	Realizzazione di due edizioni di formazione specialistica per i valutatori dell'accreditamento e operatori sanitari coinvolti nel processo	Garantire la partecipazione dei destinatari della formazione entro il 30/06/2026	ASFO	Garantiscono la partecipazione di: - 60% degli operatori dei laboratori e delle strutture di supporto all'acquisto e gestione dei dispositivi IVDR	Coordina-mento	
		ASUFC					
		ASUGI					
		BURLO					

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% referenti per i laboratori della Direzione medica e della Direzione delle Professioni sanitari</li> <li>- 100% Risk Manager</li> <li>- 100% Quality Manager e staff accreditamento</li> </ul>		

### 11.3 Attività centralizzate di ARCS

#### 11.3.1 Concorsi centralizzati

Nell'ambito delle attività amministrative centralizzate previste dall'art.4 della LR 27/2018 l'ARCS assicura le procedure concorsuali relative a tutti i profili del comparto.

In particolare, entro il 31 maggio 2026 saranno concluse, con l'approvazione della graduatoria di merito, le procedure concorsuali relative ai seguenti profili professionali:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	
11.3.1.a	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente sanitario	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.05.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.05.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.b	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.05.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.05.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta

entro il 31 luglio 2026 saranno concluse, con l'approvazione della graduatoria di merito, le procedure concorsuali relative ai seguenti profili professionali:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	
11.3.1.c	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Fisioterapista	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.d	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Audiometrista	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2026

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.e	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.f	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.g	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di radiologia medica	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta

entro il 31 dicembre 2026 saranno concluse, con l'approvazione della graduatoria di merito, le procedure concorsuali relative ai seguenti profili professionali:

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	
11.3.1.h	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.12.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.i	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Logopedista	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.12.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.j	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Neurofisiopatologia	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.12.2026	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2026
				ASFO, ASUFC, ASUGI,	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	
				CRO, BURLO	richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta
11.3.1.k	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.12.2026	ARCS ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2026 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

Nelle funzioni di coordinamento dell’Azienda di Coordinamento per la Salute rientra anche il compito di coordinamento e realizzazione delle attività di comunicazione per il Servizio Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia. Tali compiti si esplicano attraverso l’attività della struttura Comunicazione e Qualità (CQ) di ARCS. La struttura CQ di ARCS predisponde annualmente il Piano della Comunicazione per la pianificazione delle attività assegnate, redige e aggiorna i piani di comunicazione relativi all’emergenza atti a rispondere alle eventuali criticità che si possano manifestare.

La CQ progetta e gestisce le strategie di comunicazione per avviare e consolidare un piano straordinario di alfabetizzazione dei cittadini in materia di salute, sostenendo un cambio di paradigma strategico nel quale il cittadino viene posto al centro di un progetto di salute che abbraccia l’intero arco della sua vita. Questo progetto rimodula, inoltre, il rapporto del cittadino con il SSR attraverso percorsi specialistici che rispondono a specifici bisogni di salute del singolo e delle comunità.

A tal fine la CQ progetta e realizza le necessarie strategie di comunicazione declinandole sugli strumenti che si dimostrano adeguati a consolidare la più ampia conoscenza del SSR nella cittadinanza. Obiettivo primario delle strategie di comunicazione è consolidare le conoscenze in materia di salute, far conoscere i percorsi che rispondono ai bisogni, contrastare la disinformazione e la misinformation, anche in collaborazione con le Aziende e gli altri Enti del SSR.

La CQ di ARCS opera, inoltre, per istituire e alimentare una rete collaborativa tra le Aziende e gli altri Enti del SSR affinché tutti i temi che riguardano la salute, la prevenzione, le buone pratiche, le eccellenze della medicina, dell’assistenza, etc., possano circolare ed essere trasmessi in modo coerente e uniforme su tutto il territorio regionale diventando anche patrimonio comune degli operatori del Sistema salute e della cittadinanza intera.

La CQ di ARCS, inoltre, ha l’obiettivo di creare un flusso continuo e coerente di comunicazione rivolto a tutti gli operatori del Servizio Sanitario regionale mirato a consolidare la conoscenza delle strategie regionali e aziendali e a informare, coinvolgere e motivare i professionisti della salute. Particolare rilievo sarà dato a tutte le azioni che mirano a costituire un sistema di rete che valorizza la presa in carico globale del paziente.

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

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	
11.3. 2.a	Attivazione di campagne di informazione rivolte alla cittadinanza.	Campagne di informazione mirate a: - far conoscere alla popolazione l’organizzazione del sistema salute regionale;	Entro il 31.12.2026	ARCS	Entro il 31.12.2026

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere i programmi di prevenzione e screening;</li> <li>- sostenere la conoscenza delle Reti cliniche e delle loro finalità e obiettivi;</li> <li>- promuovere i percorsi di salute dedicati alla cittadinanza;</li> <li>- far conoscere l'evoluzione digitale della medicina compreso lo sviluppo dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale.</li> </ul> <p>Tali campagne potranno essere veicolate su TV, radio, quotidiani, anche grazie alla produzione di strumenti multimediali (filmati, videoanimazioni, 3D, ecc.) dedicati a temi specifici relativi alla salute, alla prevenzione e alla digitalizzazione della medicina, con la possibilità di veicolare quanto prodotto anche sulle piattaforme di comunicazione sociale.</p>			
11.3.2.b	Attuazione del programma di comunicazione dedicato alla conoscenza e all'utilizzo del numero 116117	Realizzazione e gestione della campagna di comunicazione e avvio delle attività di comunicazione finalizzate alla conoscenza e all'utilizzo del numero 116117	Entro il 15.04.2026	ARCS	Entro il 15.04.2026
11.3.2.c	Migliorare l'informazione sul sistema dell'Emergenza Territoriale consolidando nel cittadino le conoscenze sulla sua organizzazione e sulle modalità per attivarla trasmettendo anche le tecniche di base per una valutazione del livello di gravità dell'emergenza stessa.	Realizzazione di strumenti e utilizzo di canali e campagne di comunicazione atte a informare la popolazione sul sistema e le strutture dell'Emergenza territoriale, sui servizi offerti, sulle corrette modalità di contatto e utilizzo dei numeri di emergenza. Queste azioni dovranno essere pianificate anche in coordinamento con il NUE 112.	Entro il 31.12.2026	ARCS	Entro il 31.12.2026
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 consolida i processi e i flussi di comunicazione stabilendo obiettivi comuni con l'obiettivo della migliore informazione per il cittadino.	entro il 31.12.2026	ARCS ASUFC ASFO ASUGI CRO BURLO	Entro il 31.12.2026
11.3.2.e	Avviare un progetto di comunicazione che contribuisca a trasmettere al cittadino una nuova cultura della salute, partendo dalla conoscenza e consapevolezza del proprio progetto di salute personalizzato secondo le indicazioni OMS "one health".	Predisposizione di un piano di comunicazione con definizione delle linee guida e degli strumenti e canali di comunicazione necessari a raggiungere il risultato previsto.	entro il 31.05.2026	ARCS	entro il 31.05.2026

Con particolare riguardo alla Prevenzione della salute umana, la CCSSR ha l'obiettivo di creare una sua immagine positiva, unitaria e coerente e di illustrare alla cittadinanza, in modo trasparente e propositivo, le progettualità e le scelte in materia di salute attuate a livello regionale. Nell'ambito di tali attività rientrano anche gli obiettivi assegnati come da seguente tabella:

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>		<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
11.3.2.f	Attivazione di campagne di informazione rivolte alla cittadinanza per la Prevenzione per la salute umana	Aggiornamento Piano della comunicazione regionale con interventi mirati alla Prevenzione per la salute umana, con realizzazione di campagne di informazione nell'anno 2026 almeno per: - Vaccinazione HPV - Screening HCV - Vaccinazione anti Herpes Zoster - Vaccinazione antipneumococcica - Campagna vaccinale antinfluenzale 2026-2027 - Campagna prevenzione bronchiolite RSV - Campagne di prevenzione e cultura della salute (Piano Adattamento Cambiamento Climatico, Piano Radon) - Campagna ondate di calore	8 campagne informative realizzate	ARCS	Vedi Target	Vedi Target	Coordinamento

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

ARCS e le altre aziende del S.S.R. garantiscono alla Regione il contributo operativo e specialistico necessario all'attuazione degli accordi in vigore tra il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del 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.

Le attività sono svolte sotto la direzione e il coordinamento dell' Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico e continueranno a essere svolte presso la sede della DCS di Trieste o di altre sedi della Regione FVG.

## 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. In particolare, la legge regionale 28 dicembre 2022, n. 22 (Legge di stabilità 2023) e la legge regionale 6 agosto 2025, n. 12 ("Assestamento del bilancio per gli anni 2025-2027 ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26"):

- riconosce e incentiva lo sviluppo sostenibile di un ecosistema dell'innovazione nell'ambito della salute e del benessere in Friuli Venezia Giulia, per creare maggiore occupazione di qualità, attrarre investimenti ad alto valore aggiunto e contribuire all'integrazione dei sistemi produttivo e socio-sanitario;
- promuove interventi per l'attrazione di investimenti, per il sostegno di start up innovative e di progetti di ricerca, sviluppo e innovazione nell'ambito della salute e del benessere, attraverso finanziamenti a favore di imprese, università, organismi di ricerca e altri soggetti che operano nel sistema socio-sanitario regionale.
- Inoltre, il decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) ha novellato il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 prevedendo, in particolare:
- la strategicità della ricerca e la collaborazione con altri enti del servizio sanitario regionale (SSR), con università ed enti pubblici di ricerca, con reti o gruppi di ricerca, anche internazionali, nonché con partner scientifici e industriali nazionali e internazionali;

- la partecipazione da parte degli IRCCS pubblici dei ricercatori in spin-off e start-up costituite per lo sviluppo dei prodotti della ricerca degli stessi istituti;
- l'individuazione da parte degli IRCCS pubblici di partner industriali, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, anche mediante contratti di collaborazione industriale, di licenza, nonché la creazione di spin-off e start-up.

Per l'anno 2026, gli Enti del SSR, all'interno del Piano annuale e triennale del fabbisogno, determinano 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, in particolare per:

- assicurare il rispetto della normativa europea e nazionale per la protezione dei dati personali, individuando sin dall'inizio la base giuridica del trattamento e i soggetti che, a vario titolo, trattano i dati personali, unitamente all'individuazione degli strumenti informatici e digitali per il trattamento e la conservazione dei dati, delle misure di sicurezza e dei termini di conservazione degli stessi;
- l'identificazione dei mezzi e delle risorse umane necessarie e la conseguente assegnazione delle risorse;
- la predisposizione del budget e la corretta contabilizzazione dei costi di progetto;
- la predisposizione degli atti propedeutici all'avvio delle attività;
- la gestione amministrativa in vigore di progetto;
- la predisposizione e verifica della correttezza e riferibilità alle attività svolte della rendicontazione;
- tutte le ulteriori attività collegate e necessarie per la tempestiva presentazione dei progetti e per lo svolgimento delle ricerche sia profit sia no profit.

Gli enti del SSR assicureranno l'attiva partecipazione e sviluppo delle progettualità innovative di interesse strategico regionale, volte allo sviluppo del SSR, individuate con specifiche delibere di Giunta 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.

La citata convenzione (prot. regionale GRFVG-CON-2025-0001820-P del 10 luglio 2025) è stata sottoscritta dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e da Insiel S.p.A. rispettivamente in data 13 giugno 2025 e in data 9 luglio 2025 prevede che Insiel S.p.A. svolga, tra gli altri compiti, anche il ruolo di partner tecnologico dell'Amministrazione regionale nell'ambito di progetti, reti e collaborazioni nazionali e internazionali per la ricerca in ambito sanitario sociosanitario e nella dimensione del benessere. La collaborazione strategica si sviluppa nella dimensione della salute e del benessere, nella ricerca di soluzioni innovative, digitali e di trasferimento tecnologico, anche facendo ricorso all'utilizzo dell'intelligenza artificiale, del dato sintetico e della robotica e dell'automazione intelligente, nonché valorizzando il patrimonio pubblico di dati regionali, assicurando la tutela della riservatezza e della protezione dei dati personali, funzionale allo sviluppo e potenziamento delle progettualità di ricerca, anche di carattere innovativo, presenti in Regione.

I dati personali sono trattati dagli enti del SSR, di norma, in qualità di Titolari autonomi dei dati personali e delle categorie particolari di dati personali e da Insiel SPA, in qualità responsabile del trattamento giusta nomina da parte degli Enti del SSR.

Insiel S.p.A. e gli Enti del S.S.R. partecipano attivamente ai progetti strategici innovativi che la Direzione centrale salute svilupperà, a vantaggio del SSR.

La Regione, in relazione ai progetti innovativi di ricerca clinica, tratta esclusivamente dati anonimi in forma aggregata per lo svolgimento delle proprie funzioni e finalità istituzionali, nonché al fine di avere conoscenze in ambito epidemiologico a beneficio degli interventi di policy sanitaria che risulteranno prioritari.

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, in coerenza con il potenziamento degli uffici dedicati alla ricerca

e all'innovazione degli Enti del SSR, adotta interventi per incrementare la produttività per fare fronte all'incremento delle attività e delle valutazioni da svolgere.

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 degli Enti del SSR. 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 dei 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.

ARCS attiva un tavolo di coordinamento con i referenti degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione degli Enti del SSR, con effettuazione di incontri cadenza mensile al fine di risolvere le eventuali criticità in essere riguardanti l'attività del CEUR.

Le entrate del CEUR, siano esse tariffe per la valutazione delle sperimentazioni piuttosto che fondi dedicati percepiti da enti terzi al SSR, nonché le spese riferite all'operatività del Comitato stesso, troveranno adeguata contabilizzazione a bilancio, tramite apposita voce di bilancio a gestione separata che dovrà essere costantemente monitorato dall'ufficio di segreteria tecnico-scientifica del CEUR. Nell'ambito della disponibilità, essa potrà anche essere utilizzata per il funzionamento del CEUR e dell'ufficio di segreteria e iniziative di formazione sulla ricerca clinica destinate ad operatori sanitari e cittadini, ai componenti del CEUR e dell'ufficio di segreteria.

La Regione e gli Enti del SSR, stante l'interesse regionale all'attrazione di ricercatori e di investimenti per la ricerca e l'innovazione, parteciperanno alle linee di sviluppo per la ricerca, nel rispetto dei vincoli di bilancio, degli Enti stessi. La Direzione centrale competente in materia di salute, per il tramite di INSIEL S.p.A. pone in essere gli atti prodromici al fine di individuare e impiegare soluzioni innovative digitali per la realizzazione e la gestione amministrativo-contabile dei progetti di ricerca clinica, traslazionale, di base, epidemiologica e organizzativa, assicurando il rispetto della normativa europea e nazionale di protezione dei dati personali nell'ambito del trattamento e della conservazione dei dati personali per finalità di ricerca. Al fine di favorire la ricerca da parte degli enti del Servizio sanitario regionale vengono individuate soluzioni che consentano di gestire i consensi informati, la tutela della riservatezza, il reclutamento delle coorti e i successivi rapporti con le persone reclutate in maniera digitalizzata e innovativa, comprese soluzioni di intelligenza artificiale che consentano un preliminare esame del progetto di conformità e completezza rispetto alla normativa e alla gestione documentale.

Obiettivo ARCS	Risultato atteso
Definisce la modalità di intervento per aumentare la produttività del CEUR	Individuazione delle modalità di intervento di potenziamento e preventiva sua condivisione con la DCS ai fini della sua attuazione
Il CEUR definisce un calendario di sedute idoneo al numero di studi da valutare, prevedendo almeno due sedute mensili	Rispetto dei tempi di approvazione degli studi clinici, ove previsti, e incentivazione della ricerca velocizzandone l'iter autorizzativo.
Definire una contabilizzazione a bilancio delle risorse del CEUR	Invio entro la prima settimana di maggio 2026 di una relazione sull'attività svolta dal CEUR nell'anno precedente con evidenza delle entrate e delle uscite derivanti dall'attività del CEUR, con separata evidenza del valore economico a favore degli Enti del SSR e della Regione degli studi profit sia con esito positivo che negativo.
Prosegue la verifica dello stato di attivazione degli studi clinici presso le AA.SS. e IRCCS Regionali e il monitoraggio del loro stato di avanzamento a livello annuale.	ARCS invia entro il 30 settembre un report alla DCS sugli studi attivi e in attivazione nelle AA.SS. e IRCCS regionali dal 30 ottobre dell'anno precedente.

<b>Aziende Interessate</b>	<b>ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO, ARCS - CEUR</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>

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.

-Entro il 15.01 individuazione dei referenti degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione negli Enti del SSR ed invio alla DCS da parte degli Enti del SSR.  
-Entro il 28.02 convocazione primo incontro del gruppo di lavoro.  
- Entro il 30.06 Revisione delle procedure operative 2025 con il contributo di tutti gli Enti del SSR con evidenza delle tempistiche target di ciascuna fase del processo.  
- A partire dal secondo semestre 2026, 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 egli aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.  
- Entro il 31.12 applicazione della procedura operativa revisionata da parte di tutti gli Enti del SSR.

### 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 d'attuazione di progetti validati, sviluppando l'educazione tra pari e le competenze socio-emotive.

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

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
11.5.2.a	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%	Tutte le Aziende	100%	monitor-ggio Coordina- mento
11.5.2.b	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%	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio Coordina- mento
11.5.2.c	diffondere le conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscono 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	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio Coordina- mento
11.5.2.d		Realizzare un percorso formativo a livello regionale rivolto docenti operatori sanitari.	Almeno 1	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio Coordina- mento

## Comunità attive

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
11.5.2.e	Attivare gruppi di cammino e pubblicizzarli anche sul sito regionale	Gruppi attivati	Almeno 1 per azienda	Tutte le Aziende	100%	monitorggio
11.5.2.f	Realizzare corsi di walking leader	Corsi realizzati	Almeno 1 per azienda	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio

<b>cod. ob.</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Target aziende</b>	<b>Ruolo ARCS</b>	<b>Ruolo DCS</b>
11.5.2.g	Partecipare alla redazione del toolkit per i comuni per promuovere il movimento, pubblicizzarlo e diffonderlo nel territorio.	Partecipaizon e alle riunioni per la redazione del toolkit. Organizzare degli incontri con le amministraizo ni comunali aderenti alla rete di FVG in movimento.	Presenza agli incontri Almeno 1 incontro con le amministrazioni comunali (indicare numero amministrazioni presenti) in ogni azienda	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio Coordina mento monitorag gio
11.5.2.h	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	programma di AFA presente	Almeno 1 programma per distretto attivo	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio
11.5.2.i	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	Ogni sei mesi	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio Coordina mento monitorag gio
11.5.2.j	Realizzare almeno un percorso formativo rivolto ai laureati in scienze motorie che operano nelle palestre della salute (Dgr 822/25)	Corsi realizzati	Almeno 2	ASUFC		monitoraggio
11.5.2.k	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	Tutte le Aziende	100%	monitoraggio

## 12. LE RISORSE FINANZIARIE

### 12.1 Sintesi dei finanziamenti programmati del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente - anno 2026

Si riporta di seguito la sintesi delle disponibilità finanziarie per la gestione di parte corrente del Servizio sanitario regionale programmate con il presente atto per l'esercizio 2026:

**Tabella 1 - FINANZIAMENTI REGIONALI PROGRAMMATI PER L'ANNO 2026**

FINANZIAMENTI REGIONALI PROGRAMMATI PER L'ANNO 2026		
CAPITOLO	DESCRIZIONE	IMPORTO
CAP 4364	FSR 2026 iniziale	2.970.840.000,00
CAP 11504	Finanziamento disabilità iniziale	55.500.000,00
CAP 68505	Rinnovi contrattuali	178.000.000,00
CAP 7788	Maggiori oneri sanitari oneri case di riposo	8.480.000,00
CAP 4499	Abattimento rette case di riposo	72.100.000,00
CAP 8408	Abattimento rette centri diurni	2.000.000,00
CAP 30103	Incremento tariffe prestazioni aggiuntive	5.796.000,00
<b>Finanziamento per LEA sanitari e sociosanitari del Servizio sanitario regionale</b>		<b>3.292.716.000,00</b>
CAP 69475	Anticipazione regionale fondi payback farmaci	46.000.000,00
<b>Fondi Payback farmaci</b>		<b>46.000.000,00</b>
CAP 4379	Finanziamento ospedali psichiatrici giudiziari	1.410.000,00
CAP 43106	SSR - EXTRAFONDO FINALIZZAZIONI REG.LI WELFARE	540.000,00
CAP 58310	SSR - EXTRAFONDO FINALIZZAZIONI REGIONALI 3SETT	-
CAP 58311	SSR - EXTRAFONDO FINALIZZAZIONI REGIONALI INVEST	720.000,00
CAP 58312	SSR - EXTRAFONDO FINALIZZAZIONI REGIONALI PERS	4.325.000,00
CAP 58313	SSR - EXTRAFONDO FINALIZZAZIONI REGIONALI PREV	1.685.000,00
CAP 58314	SSR - EXTRAFONDO FINALIZZAZIONI REGIONALI AAIIGGLL	110.000,00
CAP 68621	SSR - EXTRAFONDO FINALIZZAZIONI REGIONALI SAN	37.330.000,00
<b>Finanziamento extrafondo vincolato</b>		<b>46.120.000,00</b>
<b>TOTALE RISORSE DISPONIBILI A BILANCIO REGIONALE PER IL 2026</b>		<b>3.384.836.000,00</b>

Nell'esercizio 2026, al fine di permettere agli Enti del SSR la predisposizione di un bilancio preventivo che illustri l'attività annuale e programmi le relative disponibilità, sono state previste a bilancio regionale, a titolo di anticipazione nelle more dell'effettiva riscossione, le quote relative al payback farmaci, determinate sulla base delle informazioni ad oggi disponibili. A consuntivo, in conformità a quanto previsto dalle indicazioni del Tavolo degli adempimenti del MEF, tali risorse verranno iscritte a bilancio regionale sulla base delle riscossioni effettive, e quindi, successivamente conguagliate per le eventuali differenze rispetto a quanto assegnato con il presente atto.

La tabella sopra riportata espone inoltre la sintesi delle disponibilità finanziarie per gli Enti del SSR per la gestione di parte corrente dell'attività relativa ai LEA sociosanitari regionali definite con le presenti Linee per la gestione all'interno delle risorse da programmare a bilancio regionale 2025 per il 2026 e parimenti programmate con il presente atto.

## **12.2 Fabbisogno sanitario, finanziamento per popolazione e per funzioni e finalizzazioni**

Nella determinazione del fabbisogno sanitario e del riparto del finanziamento regionale tra gli enti del SSR per l'anno 2026 si prosegue nel processo di progressiva revisione delle modalità di rappresentazione contabile delle risorse assegnate annualmente dalla Regione ai medesimi. Ciò per rispondere agli indirizzi impartiti dal "Tavolo ministeriale di verifica degli adempimenti" (ex art. 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005) ed ai principi di armonizzazione disposti dal D. Lgs. 118/2011 che prevedono una uniforme contabilizzazione, a livello nazionale, delle risorse assegnate dalle Regioni ai rispettivi servizi sanitari.

Questo processo porta, in coerenza con gli anni precedenti, 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 perseguitamento di finalità di interesse regionale affidati ad un determinato soggetto sono rappresentate quali "Finalizzazioni regionali per attività LEA ed ExtraLEA".

Le aziende poi dovranno provvedere alla completa separazione, dal bilancio sanitario, delle attività di natura sociale/welfare collegabili alla Missione 12 di cui all'allegato 14 del D. Lgs 118/2011 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia), che dovrà altresì comprendere la gestione di attività socio-assistenziali su delega dei Comuni assunta ai sensi dell'articolo 35 della LR 26/2015.

Il presente riparto provvede ad assegnare il fabbisogno sanitario e le corrispondenti risorse finanziarie indistinte per popolazione e funzioni, ed è articolato secondo parametri e processi di standardizzazione.

La seguente tabella riporta i dati di popolazione al 01.01.2025 non pesata (c.d. grezza o 'secca') e di quella pesata con i criteri di suddivisione del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2024 (di cui al CSR rep.228 del 28 novembre 2024), in relazione all'ambito di ciascun Ente:

POPOLAZIONE	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina
popolazione non pesata al 01/01/2025	1.194.095,00	310.967,00	516.443,00	366.685,00
popolazione pesata al 01/01/2025	1.405.851,70	351.070,85	616.002,11	438.778,74
popolazione pesata di età eguale o maggiore di 65 anni al 01/01/2025	831.193,85	199.501,59	368.222,61	263.469,65
popolazione pesata al 01/01/2025 oltre 500 m alt.	31.805,51	3.263,96	28.541,55	

Fonte: DEMOISTAT

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

Il finanziamento 2026 ha due livelli di attribuzione: ad un primo livello è stata ripartita tra le Aziende la quota per il finanziamento dei LEA, incrementata del valore degli extra-LEA regionali; tale livello è ripartito tra gli enti del SSR per una quota in base ad attività non dipendenti dalla popolazione (per "funzioni" ex art.8-sexies decreto legislativo n. 502/1992), per la restante quota sulla base della popolazione pesata.

Il secondo livello attribuisce il finanziamento integrativo per la maggiore complessità organizzativa del SSR FVG per assicurare i LEA.

Le attività riconosciute, con riferimento a parametri oggettivi, non dipendenti dalla popolazione ("Funzioni"), sono evidenziate come segue:

- Complessità al 10%;

- Tariffato 7% per attività universitaria;
- Pronto soccorso ed emergenza territoriale, determinate in base al piano regionale deliberato dell'emergenza urgenza;
- Centro trapianti;
- VAD cardiochirurgia;
- Centro malattie rare;
- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari.

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

- Popolazione pesata:
  - Ricoveri
  - Specialistica
  - AFIR
  - Protesica
- Popolazione ultra sessantacinquenne pesata e Popolazione residente oltre i 500 metri di altitudine:
  - ADI

Gli *standard* individuati sono i seguenti:

- lo *standard pro capite* per l'attività di ricovero è stato determinato sulla base di un tasso di ospedalizzazione grezzo del 140,00 per mille (compresi i neonati sani). Per i ricoveri in regime DH di chemioterapia l'importo della tariffa è stato abbattuto del 90%. Complessivamente è di 601,97 euro e remunera per 534,58 la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera;
- lo *standard pro capite* per la specialistica ambulatoriale di 227,95 euro è stato determinato sulla base di 3,26 prestazioni per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio; inoltre sono state escluse le prestazioni legate a specifici finanziamenti finalizzati. Per le prestazioni di chemioterapia (cod. prestazione 99.25.1) l'importo della tariffa è stato abbattuto del 90%;
- per la farmaceutica, valutato l'andamento della spesa nel periodo gennaio-agosto 2025, lo *standard 2026* è così determinato:

spesa complessiva 2025 (proiezione al 31.12.2025) + 3,5% (al netto dell'ospedaliera non onco per ente erogante solo residenti FVG + 10% diretta non onco, che rientra nel finanziamento dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale).

La spesa complessiva è composta dai seguenti canali: farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, farmaceutica territoriale diretta per residenti 90%, distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, farmaceutica ospedaliera non onco per ente erogante solo residenti FVG + 10% diretta, farmaceutica ospedaliera oncologici per ente erogante solo residenti FVG + 10% diretta onco.

L'andamento di ciascun canale in termini di eventuale incremento % può essere anche diverso, fermo restando un incremento massimo complessivo del 3,5% per ciascuna Azienda/IRCCS (il monitoraggio valuterà l'andamento della spesa complessiva compresa la componente ospedaliera non onco +10% diretta solo residenti FVG).

NOTE:

- a) dalla territoriale diretta sono esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni), la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno e la

- quota degli innovativi, coperte da specifico finanziamento regionale, erogati in diretta a residenti FVG;
- b) dalla farmaceutica ospedaliera non onco + 10% diretta sono esclusi i vaccini (compreso il nirsevimab), gli oncologici-oncoematologici, la quota SMA e la quota innovativi coperte da specifico finanziamento regionale;
  - c) dalla farmaceutica ospedaliera oncologici + 10% diretta sono escluse le terapie CAR-T;
- per l'AFIR, per ciascuna Azienda è stato confermato il finanziamento 2025 (proiezione al 31.12.2024) + 2,5% che comprende anche la spesa nei punti vendita commerciali dei prodotti per i celiaci;
  - per l'assistenza domiciliare integrata, lo standard è stato fissato a 55 euro; ed è stato raddoppiato a 110,00 euro per la popolazione residente a oltre 500 metri di altitudine in considerazione delle maggiori risorse necessarie per prestare assistenza a fasce di popolazione più difficilmente raggiungibili.

Per il livello della prevenzione è previsto un finanziamento pari al 5% del finanziamento del fondo sanitario regionale 2026 (cap. 4364), calcolato sulla popolazione non pesata.

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

Per le altre prestazioni di assistenza socio sanitaria sono stati considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2024 e il trend del 2025; sono state poi previste le ulteriori risorse stanzzate per l'esercizio 2026.

Nella voce relativa all'ulteriore fabbisogno LEA, oltre alle attività già dettagliate alla Tabella 1, è stato assegnato agli enti del SSR il finanziamento per le seguenti attività finalizzate LEA:

**Tabella 2 - Finalizzazioni regionali LEA – finanziamento ripartito**

N.	FINALIZZAZIONI REGIONALI FONDO	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE 2026	SERV.*
1	Quota INAIL finalizzata - dir. Medici SSR						716.483,00	<b>716.483,00</b>	SPER
2	Piano sangue regionale		4.050.000,00					<b>4.050.000,00</b>	SDO
3	Elisoccorso		8.310.000,00					<b>8.310.000,00</b>	SDO
4	Assicurazioni RC - polizza						4.100.000,00	<b>4.100.000,00</b>	SDO
5	Assicurazioni RC - fondo copertura						14.198.354,00	<b>14.198.354,00</b>	SDO
6	Finanziamento AIR Medicina convenzionata	10.377.663,00	16.706.287,00	9.952.898,00				<b>37.036.848,00</b>	SDO
7	Finanziamento AIR Medicina convenzionata per incremento dei collaboratori di studio nella medicina convenzionata	592.203,00	943.282,00	459.272,00				<b>1.994.757,00</b>	SDO
8	ACN medicina convenzionata 2019/2021 _ competenza 2026	1.592.602,00	2.587.104,00	1.746.860,00				<b>5.926.566,00</b>	SDO
9	ACN medicina convenzionata 2022/2024 _ competenza 2026 (5,78%)	2.378.048,00	3.881.841,00	2.597.799,00				<b>8.857.688,00</b>	SDO
10	Disagio carceri	14.876,00	42.308,00	42.816,00				<b>100.000,00</b>	SIGL
11	ACN medicina convenzionata 2025/2027 - competenza 2026 (3,6%)	1.512.800,00	2.469.439,00	1.652.594,00				<b>5.634.833,00</b>	SDO
12	Personale della ricerca a tempo indeterminato				1.610.000,00	3.500.000,00		<b>5.110.000,00</b>	SPER

N.	FINALIZZAZIONI REGIONALI FONDO	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE 2026	SERV.*
13	Finalizzazioni per centro disturbi alimentari (ASUFC)		1.500.000,00					<b>1.500.000,00</b>	SDO
14	Finanziamento annuo nuovo contratto ristorazione	841.263,00	2.257.490,00	1.512.917,00	159.464,00	173.425,00		<b>4.944.559,00</b>	SDO
	<b>TOTALE</b>	<b>17.309.455,00</b>	<b>42.747.751,00</b>	<b>17.965.156,00</b>	<b>1.769.464,00</b>	<b>3.673.425,00</b>	<b>19.014.837,00</b>	<b>102.480.088,00</b>	

\*Legenda dei Servizi competenti: SAFDM (Servizio assistenza farmaceutica e dispositivi medici); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università); SIGL (Servizio affari istituzionali, giuridici e legislativi); SPSS (Servizio sviluppo sistema sociale integrato).

È stato poi ripartito il finanziamento relativo al fondo sociosanitario per la disabilità, secondo quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, gli oneri sanitari per gli anziani in casa di riposo, le risorse per l'attività delle REMS ripartite su base storica (per il 50% sulla base del numero delle persone assistite e per il 50% sulla base della popolazione residente 2022).

Infine la quota relativa al fabbisogno attività LEA da ripartire, come illustrata nella tabella sotto riportata, ricomprende dei finanziamenti che non possono essere ripartiti con il presente atto in quanto sono legati all'andamento dell'attività dell'anno o alla stipula di nuovi accordi.

**Tabella 3 - Finalizzazioni regionali LEA – finanziamento da ripartire**

N.	FINALIZZAZIONI REGIONALI FONDO	TOTALE 2026 DA RIPARTIRE	SERVIZIO*
15	Indennità PS comparto sanità (anno 2026) - CCNL 2022/2024	7.937.337,00	SPER
16	Indennità PS dirigenza medica (anno 2026) - CCNL 2019/2021	2.726.100,00	SPER
17	Quota INAIL finalizzata (anno 2026) - MMG	200.000,00	SDO
18	Farmaci innovativi	12.000.000,00	SAFDM
19	SMA	4.000.000,00	SAFDM
20	CAR-T	7.000.000,00	SAFDM
21	Accantonamento rinnovi contrattuali 2022/2024 comparto e dirigenza (anno 2026)	66.252.732,00	SPER
22	Accantonamento rinnovi CCNL 2025/2027-competenza 2026	39.751.639,00	SPER
23	Incremento indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria (CCNL 2022/2024)	1.144.290,00	SPER
24	Incremento indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica	114.429,00	SPER
25	Indennità infermieristica e tutela del malato (CCNL 2022/2024)	1.344.193,00	SPER
26	Politiche regionali	27.000.000,00	SPER
27	Incremento indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria (CCNL 2025/2027)	6.026.592,00	SPER
28	Indennità infermieristica e tutela del malato (CCNL 2025/2027)	9.904.577,00	SPER
29	Incremento politiche del personale 2026	10.500.000,00	SPER
30	Sviluppo attività innovative e tecnologiche in telemedicina (MMg, privato accreditato, ASP)	10.000.000,00	SDO
31	Incremento accordo AIR Medicina convenzionata	2.000.000,00	SDO
32	Finanziamento AIR Medicina convenzionata per incremento dei collaboratori di studio nella medicina convenzionata	2.000.000,00	SDO
33	Nuovo ACN farmacie per indennità di residenza farmacie rurali	500.000,00	SAFDM
34	Finanziamento per 116117 e ulteriori sviluppi	2.073.000,00	SDO
35	Finanziamento per PNCAR	80.000,00	SPAVE
36	Disabilità - quota storica oneri sanitari aziende sanitarie	4.000.000,00	SPSS
37	Incremento tariffario prestazioni aggiuntive personale	5.796.000,00	SPER
<b>TOTALE RISORSE DA RIPARTIRE</b>		<b>222.350.889,00</b>	

\*Legenda dei Servizi competenti: SAFDM (Servizio assistenza farmaceutica e dispositivi medici); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SPAVE (Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università); SIGL (Servizio affari istituzionali, giuridici e legislativi); SPSS (Servizio sviluppo sistema sociale integrato).

Il finanziamento per le finalizzazioni extra-fondo ovvero per alcune specifiche attività di interesse regionale che vengono individuate annualmente, per l'esercizio 2026 sono le seguenti:

**Tabella 4 - Finalizzazioni extra fondo - finanziamenti ripartiti**

N.	FINALIZZAZIONI REGIONALI EXTRA-FONDO	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE	SERV.*
1	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici						100.000,00	100.000,00	SDO
2	Progetto odontoiatria pubblica			1.000.000,00				1.000.000,00	SDO
3	Spese di funzionamento Centro per la formazione in sanità						2.300.000,00	2.300.000,00	SDO
4	Progetto Comunicatori verbali			40.000,00				40.000,00	SDO
5	Finanziamento Soccorso Alpino						160.000,00	160.000,00	SDO
6	Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	150.000,00		1.012.521,00				1.162.521,00	SDO
7	Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000,00						300.000,00	SDO
8	Avalimento di personale delle Aziende Sanitarie per le progettualità della Rete Cure Sicure			56.500,00				56.500,00	SDO
9	Rimborso del personale incaricato per i sopralluoghi di accreditamento nelle strutture sanitarie del FVG						3.000,00	3.000,00	SDO
10	Finanziamento Ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R. 14/2006				9.297.000,00	9.297.000,00		18.594.000,00	SDO
11	Campagne informative ARCS						650.000,00	650.000,00	SDO
12	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza						110.000,00	110.000,00	SPAVE
13	Progetto "Piccole produzioni locali"			200.000,00				200.000,00	SPAVE
14	Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato	60.000,00	110.000,00	60.000,00				230.000,00	SPAVE
15	Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute				120.000,00			120.000,00	SPAVE
16	Screening cardiovascolare	30.000,00					185.000,00	215.000,00	SPAVE
17	Progetto reperibilità micologica						30.000,00	30.000,00	SPAVE
18	Rafforzamento attività di refertazione della diagnostica per immagini nello screening prevenzione del tumore al seno						600.000,00	600.000,00	SPAVE
19	Passi d'argento			180.000,00			0,00	180.000,00	SPAVE
20	Attività di supporto alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti con particolare riferimento all'attuazione del PNRR, nonché nell'analisi, valutazione e valorizzazione del patrimonio edile e impiantistico del SSR	95.000,00		95.000,00	95.000,00	95.000,00		380.000,00	SETI
21	Attività di supporto al Ministero della salute nel settore dei dispositivi medici e di supporto e alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti						40.000,00	40.000,00	SETI
22	Formazione operatori sociosanitari (OSS)			475.000,00				475.000,00	SPER
23	Piano della formazione, della comunicazione e studi						350.000,00	350.000,00	SPER

N.	FINALIZZAZIONI REGIONALI EXTRA-FONDO	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE	SERV.*
24	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS			60.000,00				60.000,00	SIGL
25	Attività di ricerca, formazione e disseminazione del Centro collaboratore OMS per la salute mentale – DSM/ASUGI			50.000,00				50.000,00	SIGL
26	Finanziamento Area Welfare (40%) - Attività			200.000,00				200.000,00	WEL
27	Attività di supporto servizio Area Welfare - promozione inserimento lavorativo persone svantaggiate		50.000,00					50.000,00	WEL
28	Ricerche "Nuove modalità accreditamento sistema residenziale e semiresidenziale disabilità" e "Liste d'attesa inserimento residenze per anziani"	150.000,00						150.000,00	WEL
29	Valorizzazione della figura delle persone esperte in supporto tra pari- Peer Support Workers	40.000,00	60.000,00	40.000,00				140.000,00	WEL
<b>TOTALE</b>		<b>825.000,00</b>	<b>991.500,00</b>	<b>2.817.521,00</b>	<b>9.392.000,00</b>	<b>9.392.000,00</b>	<b>4.528.000,00</b>	<b>27.946.021,00</b>	

(\*Legenda dei Servizi competenti: SAFDM (Servizio assistenza farmaceutica e dispositivi medici); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SPAVE (Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria); SETI (Servizio tecnologie e investimenti); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università); SIGL (Servizio affari istituzionali, giuridici e legislativi); SPSS (Servizio sviluppo sistema sociale integrato); WEL (Servizio Area Welfare di Comunità)).

Infine la quota relativa alle finalizzazioni extra-fondo, come illustrata nella tabella sotto riportata, ricomprende dei finanziamenti che verranno ripartiti successivamente nel corso del 2026:

**Tabella 5 - Finalizzazioni regionali extra fondo - da ripartire**

N.	FINALIZZAZIONI REGIONALI EXTRA-FONDO	DA RIPARTIRE	SERVIZIO*
30	Stanziamento a differenza sull'importo 2024, escluso mobilità	12.433.979,00	SDO
31	Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	300.000,00	SETI
32	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	3.500.000,00	SPER
33	Risorse da ripartire	530.000,00	SDO
<b>TOTALE</b>		<b>16.763.979,00</b>	

(\*Legenda dei Servizi competenti: SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SETI (Servizio tecnologie e investimenti); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università)).

**Tabella 6 - FABBISOGNO ENTI SSR 2026**

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
<b>PREVENZIONE</b>								
Quota indistinta	148.540.559,00	37.549.085,00	62.359.937,00	44.277.037,00	30.000,00	30.000,00	4.214.500,00	80.000,00
di cui per Veterinaria	147.493.959,00	37.312.930,00	61.967.996,00	43.998.533,00	0,00	0,00	4.214.500,00	
Finanziamento per PN CAR	1.046.600,00	236.155,00	391.941,00	278.504,00	30.000,00	30.000,00		80.000,00
standard 5% fondo	119,99							
<b>RICOVERI TOTALE</b>								
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	846.285.745,00	199.777.016,00	376.833.165,00	262.603.119,00	3.983.707,00	3.088.738,00	0,00	
7% tariffato	67.281.152,00	12.102.373,00	32.097.793,00	18.920.724,00	2.343.357,00	1.816.905,00		
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 140,00 * 1000)_t.o. statale 140*1000	751.536.944,00	187.674.643,00	329.300.978,00	234.561.323,00				
pro capite proiezione 31-dic-2025	517,66							
standard mobilità 2026	534,58							
standard totale 2026 (mobilità + complessità +7%)	601,97							
<b>SPECIALISTICA TOTALE</b>								
Specialistica mobilità (3,26 prestazioni)	320.463.895,00	80.026.601,00	140.417.680,00	100.019.614,00	0,00	0,00	0,00	
pro capite proiezione 31-dic-2025	320.463.895,00	80.026.601,00	140.417.680,00	100.019.614,00	0,00			
standard mobilità 2026	216,32							
standard pop > 500 mt. alt.	227,95							
<b>ADI</b>								
standard 2019	47.464.965,00	11.152.105,00	21.822.029,00	14.490.831,00	0,00	0,00	0,00	
standard pop > 500 mt. alt.	55,00							
standard pop > 500 mt. alt.	110,00							
<b>PROTESICA</b>								
standard	30.366.396,00	7.583.130,00	13.305.645,00	9.477.621,00	0,00	0,00	0,00	
<b>FARMACEUTICA TOTALE</b>								
<b>AFIR</b>								
ACN_MEDICINA CONVENZIONATA	14.471.810,00	3.068.089,00	5.130.865,00	6.272.856,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Assistenza primaria	117.191.795,00	30.302.672,00	49.238.141,00	37.650.982,00	0,00	0,00	0,00	
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Continuità assistenziale	74.384.697,00	18.705.720,00	31.052.857,00	24.626.120,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Emergenza Territoriale	10.883.098,00	2.862.255,00	5.195.591,00	2.825.252,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Pediatrici di libera scelta	735.000,00	85.000,00		650.000,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Specialisti ambulatoriali	15.708.807,00	4.753.536,00	6.463.741,00	4.491.530,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_altri	7.205.334,00	1.487.737,00	3.157.294,00	2.560.303,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Competenza 2025 _ rinnovi contrattuali 2016/2018	2.615.983,00	945.145,00	925.053,00	745.785,00				
5.658.876,00	1.463.279,00	2.443.605,00	1.751.992,00					

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
<b>INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA</b>	<b>124.092.484,00</b>	<b>29.199.449,00</b>	<b>53.663.995,00</b>	<b>41.122.840,00</b>	<b>106.200,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Anziani - convenzione oneri sanitari strutture residenziali (indistinto+cap. 7788)	39.380.055,00	9.495.962,00	17.544.410,00	12.339.683,00	0,00			
Disabilità - Assistenza riabilitativa ex art. 26	16.151.726,00	6.344.452,00	7.755.274,00	2.052.000,00	0,00			
Disturbi comportamento alimentare, autismo Minorì - Personale	2.000.000,00	552.646,00	850.592,00	596.762,00	0,00			
Salute mentale minori - Programmi riabilitativi - Budget di Salute	6.216.503,00	1.525.296,00	2.634.483,00	1.950.524,00	106.200,00			
Salute mentale adulti - Programmi riabilitativi - Budget di Salute	24.707.079,00	5.512.178,00	10.024.575,00	9.170.326,00	0,00			
Dipendenze - Programmi riabilitativi - Budget di Salute	9.780.123,00	1.957.332,00	3.720.000,00	4.102.791,00	0,00			
Prestazioni RSA	18.000.000,00	2.231.915,00	4.975.143,00	10.792.942,00	0,00			
Convenzione attività consultori familiari	600.000,00	370.194,00	225.575,00	4.231,00	0,00			
Altre prestazioni sociosanitarie	7.256.998,00	1.209.474,00	5.933.943,00	113.581,00	0,00			
<b>Emergenza territoriale e centrale operativa</b>	<b>44.893.437,00</b>	<b>10.086.237,00</b>	<b>20.015.979,00</b>	<b>12.010.221,00</b>			<b>2.781.000,00</b>	
<b>FUNZIONI</b>	<b>68.181.763,00</b>	<b>15.946.537,00</b>	<b>32.304.037,00</b>	<b>16.390.504,00</b>	<b>3.540.685,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
Pronto soccorso	64.564.963,00	15.946.537,00	29.899.237,00	16.390.504,00	2.328.685,00			
Centro regionale trapianti, VAD	1.704.800,00		1.704.800,00					
Centro regionale malattie Rare	700.000,00		700.000,00					
Funzioni per lo screening metabolico, protesi cocleari	1.100.000,00				1.100.000,00			
Funzioni per lo screening fibrosi cistica (DGR 1483_2022)	112.000,00				112.000,00			
<b>PERSONALE DIPENDENTE</b>	<b>110.675.261,00</b>	<b>20.087.757,00</b>	<b>43.556.315,00</b>	<b>35.942.238,00</b>	<b>4.733.656,00</b>	<b>5.294.509,00</b>	<b>1.060.786,00</b>	
Incremento indennità esclusività dirigenti sanitari	11.388.610,00	2.108.986,00	5.027.014,00	3.220.006,00	462.106,00	543.220,00	27.278,00	
Rinnovi contrattuali 2019/2021 comparto	31.842.368,00	5.189.594,00	14.178.317,00	10.243.354,00	1.070.884,00	884.122,00	276.097,00	
Indennità personale sanitario e oss	12.695.216,00	2.256.646,00	5.571.694,00	4.088.444,00	410.550,00	310.499,00	57.383,00	
Perequazione dei fondi del personale	36.216.189,00	7.293.607,00	11.095.611,00	12.724.401,00	1.872.733,00	2.683.677,00	546.160,00	
Rinnovi contrattuali 2019/2021 dirigenza sanitaria	15.294.582,00	2.676.236,00	6.394.683,00	4.719.464,00	737.417,00	715.060,00	51.722,00	
Rinnovi contrattuali 2019/2021 dirigenza SPTA	652.557,00	93.184,00	192.554,00	174.924,00	54.814,00	44.441,00	92.640,00	
Incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari	2.585.739,00	469.504,00	1.096.442,00	771.645,00	125.152,00	113.490,00	9.506,00	
<b>TOTALE FABBISOGNO CALCOLATO PROCAPITE E FUNZIONI</b>	<b>2.344.852.103,00</b>	<b>545.951.354,00</b>	<b>1.032.307.402,00</b>	<b>720.478.194,00</b>	<b>13.082.843,00</b>	<b>24.896.024,00</b>	<b>8.056.286,00</b>	<b>80.000,00</b>
<b>ULTERIORE FABBISOGNO LEA</b>	<b>163.496.708,00</b>	<b>33.476.952,69</b>	<b>61.996.196,60</b>	<b>44.263.358,71</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.760.200,00</b>	<b>4.000.000,00</b>
Attività centralizzate ARCS	19.760.200,00						19.760.200,00	
Disabilità - quota storica oneri sanitari aziende sanitarie	14.136.508,00	864.591,69	4.679.902,60	4.592.013,71	0,00			4.000.000,00
Disabilità - Fondo sociosanitario LEA L.R.16/2022 (cap.11504)	55.500.000,00	14.278.359,00	24.596.445,00	16.625.196,00	0,00			
Abbattimento rette case di riposo (cap. 4499) - compartecipazione quota sanitaria	70.658.000,00	17.140.614,00	31.599.265,00	21.918.121,00				

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
Finanziamento sperimentazione domiciliarità comunitaria (cap. 4499) - compartecipazione quota sanitaria	1.442.000,00	408.797,00	492.605,00	540.598,00				
Abbattimento rette centri diurni (cap.8408) - compartecipazione quota sanitaria	2.000.000,00	784.591,00	627.979,00	587.430,00				
<b>FINALIZZAZIONI REGIONALI 2026</b>	<b>320.750.977,00</b>	<b>17.309.455,00</b>	<b>42.747.751,00</b>	<b>17.965.156,00</b>	<b>1.769.464,00</b>	<b>3.673.425,00</b>	<b>19.014.837,00</b>	<b>218.270.889,00</b>
Fabbisogno attività finalizzate regionali LEA_dettaglio tabella	320.750.977,00	17.309.455,00	42.747.751,00	17.965.156,00	1.769.464,00	3.673.425,00	19.014.837,00	218.270.889,00
<b>ULTERIORE QUOTA DI RIEQUILIBRIO FABBISOGNO PER LEA 2026</b>	<b>463.616.212,00</b>	<b>66.820.519,00</b>	<b>206.706.268,00</b>	<b>173.512.009,00</b>	<b>16.577.416,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO SSR 2026</b>	<b>3.292.716.000,00</b>	<b>663.558.280,69</b>	<b>1.343.757.617,60</b>	<b>956.218.717,71</b>	<b>31.429.723,00</b>	<b>28.569.449,00</b>	<b>46.831.323,00</b>	<b>222.350.889,00</b>
<b>FINALIZZAZIONI EXTRA FONDO REGIONALI 2026</b>	<b>46.120.000,00</b>	<b>1.249.998,00</b>	<b>1.536.122,00</b>	<b>3.257.901,00</b>	<b>9.392.000,00</b>	<b>9.392.000,00</b>	<b>4.528.000,00</b>	<b>16.763.979,00</b>
CAP.4379 - Fabbisogno per attività REMS	1.410.000,00	424.998,00	544.622,00	440.380,00				
CAP. 68621 - Fabbisogno per quota regionale per la ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R. 14/2006	18.594.000,00				9.297.000,00	9.297.000,00		
CAP. 68621 Fabbisogno per attività regionali finalizzate extrafondo	26.116.000,00	825.000,00	991.500,00	2.817.521,00	95.000,00	95.000,00	4.528.000,00	16.763.979,00
<b>PAYBACK FARMACEUTICO 2026</b>	<b>46.000.000,00</b>	<b>15.075.788,00</b>	<b>18.769.940,00</b>	<b>12.154.272,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
CAP.69475 - Anticipazione regionale fondi payback farmaci	46.000.000,00	15.075.788,00	18.769.940,00	12.154.272,00				
<b>TOTALE ASSEGNAZIONI CON ANTICIPO PAYBACK 2026</b>	<b>3.384.836.000,00</b>	<b>679.884.066,69</b>	<b>1.364.063.679,60</b>	<b>971.630.890,71</b>	<b>40.821.723,00</b>	<b>37.961.449,00</b>	<b>51.359.323,00</b>	<b>239.114.868,00</b>

## 13.LE REGOLE GESTIONALI

### 13.1 Vincoli gestionali

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

#### 13.1.1 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, gli Enti porranno, pertanto, in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali secondo le seguenti indicazioni.

Tenuto conto delle nuove terapie LEA che vengono ammesse alla rimborsabilità da parte di AIFA in corso d'anno, nonché delle estensioni di indicazione terapeutica per medicinali già ammessi alla rimborsabilità, per la Farmaceutica, fermo restando quanto previsto dalla Tabella 6 - FABBISOGNO ENTI SSR 2026 nelle sue componenti, il vincolo di monitoraggio è determinato sulla spesa complessiva 2025 + un incremento massimo del 3,5%. La spesa complessiva 2025 come da Tabella di seguito riportata è calcolata a partire dai dati registrati nel periodo gennaio-agosto 2025 proiettati al 31.12.2025.

	SPESA FARMACEUTICA COMPLESSIVA			
	Gennaio-Dicembre 2025	Gennaio-Dicembre 2026	Δ	Δ% - vincolo
ASFO	112.433.433	116.368.603	3.935.170	3,5%
ASUFC	247.541.994	256.205.964	8.663.970	3,5%
ASUGI	161.023.311	166.659.127	5.635.816	3,5%
BURLO	2.602.788	2.693.886	91.098	3,5%
CRO	19.121.268	19.790.513	669.244	3,5%
<b>TOTALE</b>	<b>542.722.795</b>	<b>561.718.093</b>	<b>18.995.298</b>	<b>3,5%</b>

(l'espressione dei valori in unità arrotondate all'euro, anziché in unità con esposizione anche dei centesimi, possono influire sulla correttezza dei valori esposti per differenza o totali rispetto ai valori non arrotondati)

La spesa complessiva è composta dai seguenti canali:

- Farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate (Fonte dati: Portale Farmaceutica FVG);
- Farmaceutica distribuzione per conto attraverso le farmacie convenzionate (Fonte dati: GOpen DPC);
- Farmaceutica territoriale diretta 90%, per Azienda di residenza del paziente: sono esclusi i pazienti extraregione, i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento 2 milioni), la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno e la quota degli innovativi, coperte da specifico finanziamento regionale, erogati in diretta a residenti FVG (Fonte: flussi NSIS+ "minsan fittizi");
- Farmaceutica ospedaliera non onco + 10% diretta non onco per Ente erogante solo residenti FVG: sono esclusi i pazienti extraregione, i vaccini e nirsevimab, che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresa la quota in DPC presso ASU GI, ASU FC e AS FO), i medicinali per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro, i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da specifico finanziamento regionale

(Fonte dati: Flussi N- SIS + "minsan fittizi");

- Farmaceutica ospedaliera onco + 10% diretta onco per Ente erogante solo residenti FVG: nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC II L01 (Farmaci Antineoplastici) e L02 (Farmaci per la terapia endocrina) mentre per quanto riguarda le categorie L03 (Farmaci Immunostimolanti) e L04 (Farmaci Immunosoppressivi) solamente INTERFERONE  $\alpha$ , 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 coperti specifico finanziamento regionale (solo indicazioni innovative). (Fonte dati: Flussi N-SIS + "minsan fittizi").

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

In considerazione dei nuovi farmaci innovativi (oncologici e non) che continuano a rendersi disponibili in questi anni, permane a livello nazionale il Fondo Farmaci innovativi istituito con la legge n. 232/2016 (legge di Bilancio per l'anno 2017) e successivamente rivisto con l'entrata in vigore del d.l. n. 73/2021 (convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106), art 35-ter, in un unico fondo da 1.000 mln di euro, fondo che, ai sensi dell'art. 1, comma 259, della l. n.234/2021, a decorrere dal 2024 prevede un importo del fondo pari a 1.300 mln/euro. La legge di Bilancio (art. 1, commi 281-292) ha rivisto l'accesso al fondo innovativi estendendolo sia ai medicinali con requisito di innovatività condizionata, per una quota non superiore a 300 mln euro annui, sia agli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti (antibiotici reserve), per una quota non superiore ai 100 mln euro annui, fermo restando la capienza massima del suddetto fondo.

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

Anche per il 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.

### **13.1.2 Dispositivi medici**

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

### **13.1.3 Prestazioni ambulatoriali**

Il vincolo per il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata per l'anno 2026 è fissato in 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.

### **13.1.4 Contenimento della spesa e spending review**

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

### **13.1.5 Risorse umane**

In relazione ai vincoli nella gestione delle risorse umane si rinvia a quanto sopra esposto al precedente punto 10.2-*Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali* del precedente punto 8.3-*Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali*.

### **13.1.6 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.

Ciascuna Azienda sanitaria è tenuta a garantire il pareggio di bilancio e il rispetto dell'invarianza finanziaria, nonché a monitorare con continuità l'andamento della spesa e a trasmettere rendicontazioni periodiche per la verifica del rispetto dei limiti stabiliti.

## **13.2 Regole metodologiche di gestione**

Di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e regole a cui riferirsi nella formazione dei bilanci preventivi degli Enti del SSR. Relativamente agli aspetti di maggior dettaglio, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute provvederà ad inoltrare agli Enti specifico documento tecnico, alla luce dell'assetto organizzativo e funzionale introdotto dalla legge regionale n. 22/2019.

### **13.2.1 Mobilità intra-regionale**

Per l'esercizio 2026, i dati delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di farmaceutica territoriale diretta, erogate a favore dei cittadini non residenti nell'Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni. La compensazione della mobilità avverrà a livello centralizzato; per la redazione del bilancio preventivo ARCS invierà con la nota metodologica le relative matrici di mobilità.

Relativamente al passaggio di funzioni del laboratorio analisi lo scambio di fatturazione per le relative prestazioni tra le aziende avverrà con un abbattimento del 45% rispetto alle tariffe in vigore, salvo accordi diversi tra gli enti. Nel 2026 tutti i centri prelievi sul territorio dovranno essere configurati come punti di accettazione dell'impegnativa del centro hub di riferimento. In tal modo la rilevazione dell'attività avverrà direttamente nel centro hub. Infatti all'interno della quota di abbattimento sopra riportata, il centro hub remunererà anche l'attività di prelievo e di accettazione ai punti prelievo di riferimento.

La spesa per la mobilità intra-regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta, come negli anni precedenti, è posta interamente a carico delle Aziende per l'assistenza sanitaria di residenza del paziente.

Ai fini della rilevazione dei dati, in attesa del collaudo del nuovo sistema Siasa - File F, viene utilizzato il flusso NSIS della distribuzione diretta (D.M. 31 luglio 2007). Per il 2026, tenuto conto delle stime sui setting di utilizzo secondo cui circa l'90% della spesa è ascrivibile ad una diretta territoriale, nelle matrici di mobilità intra-regionale, sarà presa in considerazione tale percentuale, quale riferimento della spesa registrata di tutti i farmaci erogati in diretta dotati di codice MINSAN o con MINSAN "fittizio" (classe A, C e H).

La spesa dei medicinali per i quali non è rilevato il codice fiscale non è oggetto di mobilità e, pertanto, rimarrà in carico all'Ente erogante, ad eccezione di quei farmaci per i quali la normativa sulla tutela dei dati sensibili prevede l'anonymizzazione (es. farmaci anti-HIV), con la conseguente corretta attribuzione dei costi.

Per i pazienti extra-regione la compensazione dei medicinali erogati in distribuzione diretta continua con le modalità già in essere.

### **13.2.2 Terapie geniche di nuova introduzione**

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

### **13.2.3 Mobilità extra-regionale**

In ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs 118/2011 ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento.

La mobilità extraregionale del 2026, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2026, sarà quella relativa all'ultima matrice approvata ovvero la matrice del FSN 2024.

Come indicato dal Ministero della salute, agli erogatori privati deve essere riconosciuta per qualsiasi prestazione sanitaria erogata in favore di pazienti residenti e non, la tariffa vigente regionale, fermo restando che in sede di compensazione con le altre Regioni per le prestazioni rese a pazienti extraregionali deve essere applicata la tariffa prevista nell'accordo interregionale sulla compensazione della mobilità sanitaria.

L'articolo 1, comma 171, della L. n. 311/2004 prevede che "è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente [...]. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione del detto principio".

Inoltre il comma 577 dell'articolo 1 della L. n. 208/2015 prevede che: "le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale applicano ai pazienti, residenti in regioni diverse da quella in cui insistono le strutture, le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti nella regione in cui sono ubicate le strutture. Le regioni individuano, nell'ambito del contratto stipulato con le strutture sanitarie, le misure sanzionatorie da applicare alle strutture che non rispettano la presente disposizione".

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

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

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

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

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

La Regione si riserva con atto successivo, di fornire ulteriori indicazioni e prescrizioni in relazione agli adempimenti di cui all'articolo 1, comma 494 della Legge n. 178/2020 finalizzati a salvaguardare i normali livelli di mobilità e a fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilità non fisiologica anche nello specifico delle aree di confine e dei flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini.

#### **13.2.4 Mobilità internazionale**

In ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs 118/2011 ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria internazionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità approvata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento.

La mobilità internazionale del 2026, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2025, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2024.

Ferma restando la competenza di autorità statale del Ministero della salute – Organismo di collegamento, in materia di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, di cui al DPR 31 luglio 1980, n. 618, nonché in materia di assistenza sanitaria internazionale, le Regioni si fanno carico della regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

In sede di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale annuale si provvede alla regolazione finanziaria attraverso l'imputazione tramite le Regioni, dei costi e ricavi connessi rispettivamente all'assistenza sanitaria dei cittadini italiani all'estero e dei cittadini stranieri in Italia oggetto dei Regolamenti UE e delle Convenzioni bilaterali; le Regioni attribuiscono tali voci ai bilanci delle Aziende sanitarie locali.

Al fine di applicare il disposto del D.Lgs. n. 502/1992, è intervenuto il DPR 24 novembre 2017 n. 224 che disciplina le modalità applicative, le procedure contabili e le competenze di natura amministrativa ed economico finanziaria in materia di assistenza sanitaria internazionale relativa ai flussi nell'ambito della UE e delle Convenzioni bilaterali

e dell'assistenza indiretta all'estero ai sensi del DPR 618/1980 rimandando all'adozione di un regolamento sulle modalità operative da adottare.

Il tavolo di lavoro inter-istituzionale Stato–Regioni istituito per la definizione, ai sensi del DPR 224/2017 succitato, di un Accordo in sede di Conferenza permanente per la definizione delle regole e delle procedure per la compensazione internazionale ha concluso i lavori e l'Accordo è stato approvato nel mese di maggio 2022 riassumendo regole contabili e normative in applicazione dei Regolamenti europei e successive Decisioni S1 (riguardante la tessera europea di assicurazione e malattia), S11 (riguardante le procedure di rimborso al costo effettivo ed a forfait mensile), S6 (concernente l'iscrizione nello Stato membro di residenza e la compilazione degli inventari).

Sono stati così definiti puntualmente i compiti del Ministero, delle Regioni e delle Aziende sanitarie e le modalità per il monitoraggio delle attività di fatturazione attiva e passiva rendicontate attraverso il sistema NSIS ASPE "Assistenza sanitaria per i paesi esteri" che le Aziende sanitarie implementano con il caricamento delle fatture a credito e la verifica di quelle a debito secondo le tempistiche stabilite. L'Accordo è stato recepito con DGR n. 700 del 5 maggio 2023

Dal 1° luglio 2019 le Aziende inoltre utilizzano la rete telematica di interscambio di informazioni di sicurezza sociale in Europa (EESI)/RINA per quanto riguarda lo scambio della modulistica attestante il diritto all'assistenza oltre che per eventuali altre esigenze di informazioni tra Istituzioni competenti e Casse estere ai sensi dell'articolo 4 del Reg. CE 987/2009. Lo scambio dei dati relativi alla mobilità dei cittadini ed in particolare all'assistenza sanitaria e al welfare in ambito europeo avverrà, con successivi step di implementazione, esclusivamente per via telematica attraverso il progetto informatico curato dalla Commissione Europea (Progetto EESI).

Le Aziende sanitarie in qualità di Istituzione competente sono invitate a svolgere la funzione di nodo di arrivo e di partenza delle singole richieste veicolate dalla rete EESI.

Il Ministero ha rilasciato lo sviluppo dei book finanziari 19 e 21 sull'applicativo NSMI EESI (Electronic Exchange of Social Security Information) che sostituirà nel tempo ASPE UE per lo scambio di fatturazione con l'estero. Il Ministero prevede la lavorazione sul vecchio sistema ASPE UE fino a conclusione delle fatturazioni e verifiche ivi già presenti e supportate da tale sistema e questo può richiedere un periodo prolungato anche di qualche anno fino a dismissione e di iniziare l'implementazione del nuovo sistema di fatturazione NSMI EESI con i caricamenti dei crediti e le verifiche dei debiti per gruppi di Paesi.

Pertanto dal 2026 convive una doppia modalità di gestione in parallelo del fatturato internazionale sui due sistemi succitati non essendo prevista la possibilità di trasferimento automatico tra il sistema di dismissione e il nuovo.

Le Aziende e Insiel saranno informate e adotteranno le specifiche fornite dal Ministero per interagire su NSMI EESI.

Per i Paesi in Convenzione non sono previste variazioni e le Aziende continuano ad utilizzare ASPE C.

Le Aziende sanitarie curano l'organizzazione degli Uffici dedicati alla mobilità internazionale che, in considerazione della complessa normativa di settore, interagiscono sia in ambito nazionale che europeo attraverso i flussi informativi da e per le Istituzioni e i cittadini sia nel rispetto dei Regolamenti Comunitari che della Direttiva 2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera.

### **13.2.5 Privati accreditati**

In relazione alle prestazioni acquistate dai privati accreditati con delibera nel 2025 è stato firmato il nuovo accordo

regionale. Pertanto nell'esercizio 2026 le aziende dovranno dare applicazione a quanto previsto dalla DGR n.1236 del 12 settembre 2025 "Accordo fra Regione Friuli Venezia Giulia e Strutture private accreditate per le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale – Periodo 2026 – 2028".

La Tabella A allegata all'Accordo approvato con la citata DGR n.1236/2025 costituisce parte integrante della programmazione regionale. In coerenza con l'articolo 4, comma 4, di tale Accordo ciascuna Azienda sanitaria stipula con gli erogatori privati specifico accordo contrattuale annuale, trasformando il budget assegnato in volumi di attività articolati per disciplina e tipologia di prestazione, nel rispetto degli indirizzi regionali e della sostenibilità complessiva del sistema sanitario.

Ai sensi dell'articolo 6 dell'Accordo, una quota vincolata del budget aziendale deve essere destinata all'erogazione di prestazioni critiche, individuate annualmente sulla base dei fabbisogni assistenziali e degli indicatori di pressione sulle liste d'attesa. Alla Direzione, tramite la UOS competente e sentiti i Tavoli tecnici di lavoro RUAS, è attribuito il compito di stabilire per l'anno 2026 l'elenco delle prestazioni da vincolare e la quota da destinare specificamente al recupero delle prestazioni oggetto di "fuga" o caratterizzate da tempi di attesa eccessivi.

#### **13.2.6 Fondo assicurativo**

Nelle quote relative all'ulteriore fabbisogno è previsto ed assegnato ad ARCS il finanziamento copertura del maggiore costo determinato dall'evoluzione delle stime dei rischi ritenuti probabili, basata sulle conoscenze insorte nell'esercizio corrente, anche su sinistri pregressi, in virtù di nuovi elementi intervenuti o di fatti modificatisi e quindi comunque ascrivibili per competenza all'esercizio corrente.

In continuità con i principi consolidati di responsabilizzazione delle Aziende sanitarie alla corretta gestione del rischio clinico e tenendo in considerazione che il riassetto aziendale del SSR, conseguente all'applicazione della legge regionale 27/2018, comporta una necessaria revisione dei criteri di riparto finora utilizzati, l'eventuale eccedenza tra l'accantonamento necessario all'adeguamento del Fondo rischi per franchigia assicurativa, determinato come sopra descritto, e il finanziamento all'uopo finalizzato, verrà ripartito fra gli Enti del SSR, così come costituiti al 01/01/2020, sulla base della compartecipazione percentuale al rischio probabile generato.

#### **13.2.7 Note di accredito**

Con riferimento alle note di accredito relative al Pay-Back farmaci, si ricorda che le aziende dall'1.1.2019 devono iscrivere tali documenti in diminuzione dei relativi costi dell'anno di ricevimento delle stesse.

#### **13.2.8 Misura dell'incremento del tetto massimo del fondo di produttività/risultato**

I vigenti CCNL del personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN, nell'ambito della disciplina relativa ai fondi contrattuali, stabiliscono le modalità di determinazione dei fondi per la retribuzione di produttività/risultato. Si fa riferimento, in particolare all'articolo 52, comma 5 lett. b) dei CCNL 08/06/2000 di entrambe le aree dirigenziali (confermato dai CCNL intervenuti successivamente) e all'articolo 30, comma 3, lettera c) del CCNL comparto del 19/04/2004 (confermato dai CCNL intervenuti successivamente), laddove prevedono l'incremento dei fondi di risultato/produttività dell'1% (come tetto massimo) del monte salari 1997 e 2001 (rispettivamente per la dirigenza e per il comparto) e lo 0,22% per la dirigenza PTA, sulla base del consuntivo dell'anno precedente, in presenza di avanzi di amministrazione o pareggio di bilancio, ovvero della realizzazione annuale di programmi finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Qualora l'Azienda preveda una stima di chiusura dell'esercizio non in equilibrio in sede di redazione dei report infrannuari ex articolo 44 della legge regionale 26/2015 e s.m.i., l'accantonamento di cui sopra dovrà essere finalizzato al rientro della perdita e al raggiungimento del pareggio di bilancio.

### **13.2.9 Circolarizzazione - raccordo tra le scritture contabili degli Enti del SSR e della Regione**

In continuità con l'attività svolta negli esercizi precedenti, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità proseguirà anche nel 2026 l'attività di circolarizzazione e raccordo tra le scritture contabili delle Aziende del SSR e della Regione attraverso la trasmissione degli atti di assegnazione/erogazione delle risorse adottati sul bilancio regionale e la successiva verifica della corretta ed uniforme iscrizione a bilancio degli stessi.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità impedisce le indicazioni circa la corretta contabilizzazione delle poste di debito e credito degli Enti del SSR nei rapporti finanziari di parte corrente con la Regione.

### **13.2.10 Piattaforma Certificazione Crediti**

La corretta gestione della Piattaforma per la certificazione crediti viene trimestralmente ed annualmente monitorata dal Tavolo degli adempimenti del MEF in considerazione della procedura d'infrazione aperta verso l'Italia dall'Unione Europea.

A tal proposito il Ministero ha più volte sottolineato come le aziende del SSN devono provvedere alla corretta e tempestiva alimentazione della Piattaforma riducendo la differenza tra il dato del debito scaduto comunicato e quello calcolato dalla PCC. Questa differenza, che scaturisce da mancate o non complete contabilizzazioni di fatture, riferite anche ad anni pregressi, deve essere colmata ed è pertanto necessario che gli Enti, qualora rappresentino degli scostamenti significativi, provvedano all'opportuno aggiornamento dei dati in PCC. Di un tanto verrà chiesto di dare evidenza nell'ambito dei report trimestrali di cui all'articolo 57 della legge regionale 22/2019 e s.m.i.

In primis, occorre richiamare le disposizioni del Dlgs. 231/2002, secondo il quale i debiti commerciali (non solo fatture ma anche richieste equivalenti di pagamento) devono essere pagati di norma entro 30 giorni (60 giorni per il SSN) o al massimo entro 60 giorni per oggettive motivazioni scritte a meno che il debitore non dimostri che il ritardo è dovuto a cause a lui non imputabili (articoli 4 e 5 del Dlgs. 231/2002).

Sulla base di queste brevi considerazioni si evince che:

1. in Piattaforma devono essere caricate, non solo le fatture ricevute mediante "SDI", ma anche le richieste equivalenti di pagamento (articolo 1 del Dlgs. 231/2002 e articolo 7-bis del DL 35/2013);
2. l'Iva "split" è un debito non commerciale e, pertanto, non confluiscce nel calcolo dello stock del debito, né dell'Indice di ritardo;
3. i tempi di sospensione per adempimenti normativi o debiti in contenzioso o in contestazione devono essere comunicati in Piattaforma al fine del corretto calcolo dell'Indice di ritardo dei pagamenti.

Oltre a queste considerazioni, va poi tenuto conto del funzionamento della Piattaforma, che prevede che:

1. la scadenza automatica del pagamento è a 30 giorni (60 giorni per il SSN) data emissione fattura, quindi per le fatture a 60 giorni deve essere comunicata la corretta data scadenza in OPI (obbligatoria dal 1° luglio 2020);
2. le scadenze di fatture superiori a 60 giorni dalla data di ricevimento non sono, in alcun caso, ammissibili;
3. la data "decorrenza pagamento" è di norma la data emissione fattura, che per le fatture elettroniche coincide con la data contenuta nella ricevuta di consegna;
4. i debiti caricati hanno di default la natura di debiti commerciali se non diversamente comunicato;
5. il calcolo dell'Indice di ritardo è annuale e trimestrale e viene calcolato sulla base dei dati presenti al 31 dicembre.

Oltre a ciò, va aggiunto anche che le note di credito, di norma, non si agganciano automaticamente alle relative fatture con effetto neutro ai fini del calcolo dello stock del debito, ma con effetti negativi per il calcolo del ritardo dei pagamenti in quanto risultano non pagate le fatture stornate. Pertanto, ai fini della corretta gestione della "PCC" e del calcolo dei relativi Indici, occorre che prima della chiusura dell'esercizio (31 dicembre), nei tempi utili per

l'aggiornamento del Sistema (15 giorni) – raccomandato, almeno per gli Enti che presentano un Indice di ritardo critico – l'Ente verifichi che:

1. siano stati comunicati i tempi di sospensione quando dovuto (si rammenta che la funzionalità web della Piattaforma permette di aggiornare tempi di sospensione anche per le fatture già pagate);
2. sia stata correttamente comunicata la data di scadenza delle fatture mediante OPI e, in particolare, per le fatture antecedenti al 1° luglio 2020 e per quelle a 60 giorni che al 31 dicembre risulterebbero scadute;
3. le fatture stornate e relative note di credito vengano chiuse;
4. le fatture ancora in lavorazione per pochi centesimi vengano chiuse;
5. siano stati caricati e correttamente contabilizzati tutti i debiti commerciali, richieste equivalenti di pagamento comprese.

Nell'ambito dei report periodici di cui all'art. 44 della legge regionale 26/2015 verrà richiesto agli enti del SSR di dare evidenza del corretto allineamento e dello smaltimento dello stock di debito rilevato dalla PCC e riferito agli esercizi pregressi.

Si rimanda, infine, alla circolare MEF n. 36 del 08/11/2024 in ordine alle linee guida per l'individuazione delle fatture di natura commerciale, per il corretto utilizzo della facoltà prevista dall'art. 4, comma 4, del D. Lgs n. 231/2002, nonché per gli adempimenti degli organi di controllo della regolarità amministrativa e contabile, in ordine al corretto utilizzo della predetta facoltà.

#### **13.2.11 Pubblicazione degli atti delle Aziende sanitarie regionali**

Anche al fine di permettere le opportune verifiche e i necessari riscontri in capo alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità in ordine alle funzioni svolte dai collegi sindacali, si ricordano gli obblighi di pubblicazione degli atti sull'albo pretorio *on-line*, di cui alla sezione "Pubblicità legale" dei siti aziendali, in ragione delle modalità e tempistiche sancite dall'articolo 4 della legge regionale 21 luglio 1992, n. 21 (Norme per il controllo e la vigilanza sulle Unità sanitarie locali in attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e altre disposizioni in materia sanitaria e concernenti lo stato giuridico del personale regionale") e dall'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).

Per agevolare in termini temporali le attività di controllo e verifica poste in capo alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, gli Enti del SSR trasmettono i propri provvedimenti di adozione dei bilanci d'esercizio preventivi e consuntivi, nonché dei report trimestrali ex articolo 44 della legge regionale n. 26/2015, come novellato dall'articolo 47 della legge regionale 22/2019 e s.m.i. anche alla Direzione centrale medesima, oltre all'ARCS, corredando detto invio dai relativi documenti in formato editabile.

#### **13.2.12 Monitoraggio periodico Enti del Servizio sanitario regionale**

Ai sensi dell'art. 44, comma 4, della legge regionale legge regionale 10 novembre 2015, n. 26, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute utilizza i rendiconti di cui al comma 3 dello stesso articolo al fine del progressivo controllo sull'andamento degli enti del Servizio sanitario regionale rispetto al piano attuativo di cui all'articolo 32 della legge regionale n. 26/2015 e produce trimestralmente alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un rapporto complessivo del Servizio sanitario regionale, anche in relazione agli investimenti entro 30 gg. dalla scadenza dei termini di cui al comma 3 del citato articolo.

### **13.2.13 Procedimento e termini per l'approvazione dei Piani attuativi degli enti e per il loro consolidamento regionale per l'anno 2026**

In analogia all'art. 52 della legge regionale n. 22/2019 e secondo quanto previsto come tempistica da tale norma, tenuto conto dei tempi di approvazione del presente documento *Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2026* gli enti del Servizio sanitario regionale sono tenuti a procedere entro il 30 dicembre 2025 alla definitiva approvazione da parte del direttore generale del piano attuativo annuale, di cui agli articoli 32 e 41 della l.r. n. 26/2015, per l'anno 2026.

Nell'ambito della procedura di consolidamento regionale di cui agli articoli 52 e 53, comma 3, della l.r. n. 22/2019, ARCS trasmette alla DCS la propria proposta di "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale" per l'anno 2026 entro il 30 gennaio 2026.

### **13.2.14 Integrazione sociosanitaria**

La tabella di ripartizione delle risorse afferenti all'assistenza sociosanitaria rappresenta l'esito di un processo di semplificazione e riaggregazione delle voci di spesa, nonché di redistribuzione delle risorse precedentemente afferenti al fondo indistinto, finalizzato a garantire maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse dirette alle diverse aree di intervento e a pervenire a una più chiara e coerente quantificazione e attribuzione del finanziamento rispetto ai costi effettivi sostenuti dalle Aziende sanitarie. Indipendentemente dalla flessibilità offerta dalla nuova impostazione delle voci, l'impiego delle risorse prosegue in continuità rispetto agli anni precedenti, con una particolare attenzione a garantire la continuità e il rafforzamento degli interventi e dei progetti abilitativi e riabilitativi finanziati con *Budget* di salute.

#### **13.2.14.1 Copertura quota sanitaria nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti**

Con riferimento alle procedure di assegnazione delle risorse, i contributi verranno erogati direttamente alle Aziende che provvederanno a garantire il ristoro dei costi per la copertura quota sanitaria "abbattimento retta", sia nelle strutture residenziali che nei servizi semiresidenziali.

Per l'anno 2026, della quota complessiva relativa alla copertura della quota sanitaria nelle residenze per anziani stanziata sul capitolo di spesa 4499, pari a euro 72.100.000, il 2% (pari a euro 1.442.000) viene destinato alle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria, come previsto dalla DGR 1376/2024, che definisce altresì i criteri di riparto di tali risorse tra le Aziende sanitarie, come di seguito riportato:

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

La restante quota delle risorse stanziate sul capitolo di spesa 4499, pari a euro 70.658.000, destinata alla copertura della quota sanitaria ("abbattimento retta") nelle residenze per anziani e alla quota sanitaria del *budget* di salute di cui alla DGR 1624/2019, viene assegnata per intero e ripartita in base al numero di posti letto convenzionati nelle residenze per anziani di ogni azienda sanitaria comprensivi di ulteriori convenzionamenti da attivare nel 2026 e alle giornate di presenza nell'anno 2024 nelle sperimentazioni di Abitare Inclusivo attive in Regione.

Per l'anno 2026, della quota complessiva relativa alla copertura della quota sanitaria nei servizi semiresidenziali stanziata sul capitolo di spesa 8408, pari a euro 2.000.000, viene assegnata per intero e ripartita in base alla presenza media mensile nel periodo gennaio – giugno 2025 (dato SIRA-FVG) nei servizi semiresidenziali attivi in Regione, e alla prevista attivazione di nuovi convenzionamenti.

#### **13.2.14.2 Oneri sanitari**

Per i posti letto per i quali è prevista la copertura della quota sanitaria ("abbattimento retta"), è riconosciuto anche il contributo per gli oneri sanitari.

L'importo di euro 39.380.055, che ricomprende le risorse che negli anni precedenti erano previste nel fondo indistinto e quelle stanziate sul capitolo di spesa 7788, è ripartito tra le Aziende sulla base del finanziamento storico e sulla previsione di nuovi convenzionamenti.

Si conferma che per l'anno 2026, i convenzionamenti con Residenze per autosufficienti (ex Case albergo) già in essere ed effettuati ai sensi della DGR 2089/2006 possono essere rinnovati con le medesime modalità, in continuità con l'anno 2025.

## 14. EROGAZIONI PROVVISORIE 2026

Nelle more della definizione della programmazione annuale 2026 e delle relative risorse, al fine di salvaguardare operatività e regolare funzionamento degli Enti del Servizio sanitario regionale è necessario garantire i flussi finanziari a favore degli Enti.

Pertanto, fino all'adozione del bilancio di previsione consolidato per l'esercizio 2026 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, la Struttura competente è autorizzata ad assegnare ed erogare, in via provvisoria e salvo conguaglio, quote mensili agli Enti del Servizio sanitario regionale, calcolate in analogia al riparto del Fondo sanitario nazionale dove i valori annuali della mobilità extraregionale di competenza dell'esercizio vengono computati con un meccanismo che prevede l'applicazione sull'esercizio di una quota in acconto stimata, conguagliata una volta disponibili i dati definitivi. Conseguentemente, nella quantificazione delle quote mensili provvisorie di finanziamento indistinto sono computati i valori della mobilità interregionale di competenza dell'esercizio, attraverso l'applicazione sull'esercizio di una quota di acconto stimata pari alla quota di finanziamento regionale dell'ultimo anno precedente.

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

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

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

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

## ABBREVIAZIONI E ACRONIMI UTILIZZATI

AGENAS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AIFA	Agenzia italiana del farmaco
ARCS	Azienda regionale di coordinamento per la salute
ASFO	Azienda sanitaria Friuli Occidentale
ASUFC	Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
ASUGI	Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina
BERSAGLIO	Sistema di valutazione della performance dei Sistemi sanitari delle Regioni aderenti al Network gestito dalla Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa - Istituto di Management - Laboratorio Management e Sanità
BURLO	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste
CRO	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano
DCS	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
INSIEL	INSIEL - Informatica per il Sistema degli Enti Locali S.p.A. (o, in breve, INSIEL S.p.A.), società ICT in house della Regione Friuli Venezia Giulia interamente a partecipazione pubblica
LEA NSG	Insieme di indicatori previsto dal decreto 12 marzo 2019 del Ministero della salute, di concerto con il MEF ( <i>Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria</i> ) per la valutazione sintetica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medici di medicina generale - professionisti sanitari di cui all'art. 8, comma 1, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
PDTA	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale - sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita
PLS	Pediatri di libera scelta - professionisti sanitari di cui all'art. 8, comma 1, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
ROR	Rete Oncologica Regionale del Friuli Venezia Giulia
SORES	Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute
UOS	Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE