

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
A.1.1 Screening cervice uterina	A.1.1.b	Adesione allo screening della cervice uterina (popolazione riferimento donne obiettivo 25-65 anni)	% adesione alla proposta di screening della cervice uterina	≥64% donne convocate (valore FVG 2022 64,0%)	>= 68% (valore 2022 68,5%)	
A.1.1 Screening cervice uterina	A.1.1.e	Tempi di refertazione PAP test di secondo livello (servizio centralizzato in ASUGI a partire dal 2023)	% Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	>=85% entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia		
A.1.1 Screening cervice uterina	A.1.1.f	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	>= 90% appuntamento entro 5 settimane (valore FVG 2022 17,1%)	>= 90% (valore 2022 7,5%)	
A.1.1 Screening cervice uterina	A.1.1.h	Gestione degli inviti dello screening della cervice uterina	Predisposizione calendario bimestrale delle chiamate da effettuare e sua trasmissione ad ARCS	6 calendari	6 calendari	
A.1.2 Screening mammella	A.1.2.b	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni)	% adesione alla proposta di screening	≥64% donne convocate (valore FVG 2022 60,8%)	≥64% (valore 2022 64,5%)	
A.1.2 Screening mammella	A.1.2.c	Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	>= 90% (valore FVG 2022 52,87%)	>= 90% (valore 2022 9,98%)	
A.1.2 Screening mammella	A.1.2.d	Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo. Obiettivo certificato dalle segreterie di screening	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	>= 95%	>= 95%	
A.1.2 Screening mammella	A.1.2.d	Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo. Obiettivo certificato dalle segreterie di screening	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	comunicazione mensile ad ARCS casi di secondo livello chiusi correttamente	comunicazione mensile ad ARCS casi di secondo livello chiusi correttamente	
A.1.2 Screening mammella	A.1.2.e	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 2022 10,2%)	< 10% (valore 2022 11,0%)	
A.1.2 Screening mammella	A.1.2.f	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	>= 85% (valore FVG 2022 84,45%)	>= 85% (valore 2022 88,2%)	
A.1.3 Screening colon retto	A.1.3.b	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni).	≥60% popolazione convocata (valore FVG 2022 57,2%)	≥60% (valore 2022 61,0%)	
A.1.3 Screening colon retto	A.1.3.c	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% (valore FVG 2022 95,9%)	≥95% (valore 2022 88,6%)	
A.1.3 Screening colon retto	A.1.3.d	Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello	% di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fob: ≥90%	>= 90% (valore FVG 2022 58,7%)	>= 90% (valore 2022 50,6%)	
A.1.3 Screening colon retto	A.1.3.e	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	>=85% (valore FVG 2022 78,4%)	>=85% (valore 2022 83,8%)	
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.a	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute	n° di soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	33.079	7.871	
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.b	IFOC Messa a regime	Prosecuzione dei programmi di formazione e inserimento nelle organizzazioni aziendali numero di persone formate	Numero di persone formate: 96	24 Garantire le attività di tirocinio previste dalle attività formative	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.c	COT attivazione entro i termini stabiliti dal PNRR		Attivare tutte le COT aziendali entro i termini stabiliti dal PNRR	3	
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.d	Sviluppo della telemedicina		raggiungimento dei target di presa in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023	raggiungimento del target previsto	
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.e	Casa della Comunità (CdC) Consolidamento del modello		Consolidamento del modello	Recepimento degli atti di indirizzo e programmazione per l'attivazione delle CdC	
C.2 Rete senologica	H02Z Lea core	Migliorare la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	> 90 <i>(Fonte ministeriale: valore FVG 2021 67,22)</i> <i>(Fonte ARCS: valore FVG 2022 68,90)</i>	> 90 <i>(valore 2022 100,00)</i>	
C.2 Rete senologica	H03C Bersaglio	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 <i>(Fonte ministeriale: valore FVG 2021 2021 9,51)</i> <i>(Fonte ARCS: valore FVG 2022 8,6)</i>	< 8,0 <i>(valore 2022 5,26)</i>	
C.2 Rete senologica	C10.2.2 Bersaglio.	Incrementare la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	>= 73% <i>(valore FVG 2022: 71,4%)</i>	>=75 <i>(valore 2022: 75,34%)</i>	
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore	C.3.a	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° UCP dom attive entro il 31.12.2024	11 (di cui 1 pediatrica)	4 (di cui 1 pediatrica)	
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore	C.3.b	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2024	89 pl (di cui 2 pediatrici)	20 pl	
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore	D30Z Lea core	Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 35% <i>(FVG 2022 37,98%)</i>	> 35% <i>(valore 2022 50,52%)</i>	
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore	C28.2B Bersaglio	Migliorare i tempi per il ricovero in hospice per malati con patologia oncologica	% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	> 80% <i>(FVG 2022 82,64%)</i>	> 80% <i>(valore 2022 81,70%)</i>	
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore	C28.3 Bersaglio	Diminuire la % di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica	% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	< 15% <i>(FVG 2022 10,18%)</i>	< 15% <i>(valore 2022 4,78%)</i>	
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore	D32Z Bersaglio	Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	< 25,0% <i>(FVG 2022 25,11%)</i>	<25,0% <i>(valore 2022 27,06%)</i>	
C.4 Rete emergenze cardiologiche	C.4.a	Migliorare/mantenere la % di pazienti con diagnosi NSTEMI ricoverati in Cardiologia Spoke, successivamente trasferiti in Cardiologia Hub (NSTEMI Cardiologia Spoke trasferiti all'Hub/totale NSTEMI ricoverati cardiologia Spoke)	% pazienti NSTEMI trasferiti da Centro Spoke tra coloro che accedono a Centro Spoke	>= 75% <i>(valore FVG 2022 62,79%)</i>	>= 75% <i>(valore 2022 82,80%)</i>	
C.4 Rete emergenze cardiologiche	C.4.b	Migliorare / mantenere la % pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione	% pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione (per azienda di residenza)	>= 60% <i>(valore FVG 2022 70,12%)</i>	>= 60% <i>(valore 2022 50,94%)</i>	
C.4 Rete emergenze cardiologiche	C.4.c	Migliorare la % pazienti NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione	% pazienti NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione (per azienda di residenza)	>= 75% <i>(valore FVG 2022 51,85%)</i>	>= 75% <i>(valore 2022 65,96%)</i>	
C.4 Rete emergenze cardiologiche	C.4.d	Migliorare / mantenere la % pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di counselling entro 1 anno	% pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di counselling entro 1 anno dalla dimissione. (per azienda di residenza)	>= 60% <i>(valore FVG 2022 40,08%)</i>	>= 60% <i>(valore 2022 31,30%)</i>	
C.4 Rete emergenze cardiologiche	C.4.e	Migliorare la tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti (intervallo temporale: Diagnosi ECG - filo guida in coronaria)	≥ 75 %	≥ 75 %	
D.1 Percorso paziente chirurgico	D.1.a	Identificazione nell'ambito della procedura aziendale di un responsabile unico dell'accesso ovvero di un referente unico delle liste di attesa con responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie	Evidenza della nomina di un responsabile unico delle liste d'attesa	Entro il 31.01.2024	Entro il 31.01.2024	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
D.1 Percorso paziente chirurgico	D.1.b	Adozione formale della Procedura aziendale di gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione	Evidenza della procedura aziendale per la gestione delle liste d'attesa per i ricoveri programmati	Entro il 30.06.2024	Entro il 30.06.2024	
D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	D10Z Leacore	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	>=90% <i>(valore FVG 2023 53,5%)</i>	>=90% <i>(valore 2023 40,2%)</i>	
D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	D11Z Leacore	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>=90% <i>(valore FVG 2023 60,4%)</i>	>=90% <i>(valore 2023 56,4%)</i>	
D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	D.3.1.a	Definizione dei criteri e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino	Adozione di un regolamento aziendale contenente i criteri, strumenti e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino	entro il 30.06.2024	Adozione entro il 30.06.2024	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.7 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 60,28%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 86,47%)</i>	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.8 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 21,26%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 6,9%)</i>	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.9 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 76,51%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 97,87%)</i>	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.10 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 60,53%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 81,82%)</i>	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.11 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 74,57%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 43,48%)</i>	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.12 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 72,18%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 63,41%)</i>	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.13 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 73,03%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 85,71%)</i>	
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica	C10.4.14 Bersaglio	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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 58,16%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 88,37%)</i>	
D.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	D.3.3.a	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	>=90% <i>(valore FVG gen-15nov2023 70,87%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 87,68%)</i>	
D.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	D.3.3.b	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti	>=90% <i>(valore FVG gen-15nov2023 50,34%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 65,62%)</i>	
D.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	D.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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 58,72%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 47,65%)</i>	
D.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	D.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% <i>(valore FVG gen-15nov2023 86,71%)</i>	>= 90% <i>(valore gen-15nov2023 67,89%)</i>	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
1.2 Programma PP1 Scuole che promuovono salute	1.2.a	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell' "Approccio globale alla salute", consistente in cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	Percentuale di istituti scolastici del territorio che aderiscono alla rete di SPS entro il 2024 Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola	>= 20% degli istituti scolastici del territorio aziendale	>= 20% degli istituti	
1.2 Programma PP1 Scuole che promuovono salute	1.2.b	Negli istituti scolastici aderenti alla rete di SPS si realizzano gli interventi presenti nel documento regionale delle pratiche raccomandate	Percentuale di istituti aderenti alla rete SPS che attuano almeno un intervento	>=50% degli istituti aderenti attuano almeno una pratica	>=50% degli istituti	
1.3 Programma PP2 Comunità attive	1.3.a	Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità	I Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, programmi di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo	>= 20% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi	>= 20% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi	
1.3 Programma PP2 Comunità attive	1.3.a	Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità	Sono attivi programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	>= n. 1 programma attivo	>= n. 1 programma attivo	
1.4 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	1.4.a	Realizzazione da parte delle imprese aderenti al Programma nel 2023/24 di interventi previsti dal "Manuale WHM" per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Percentuale delle imprese aderenti al programma che realizzano almeno un intervento	% imprese >= 20%	% imprese >= 20%	
1.5 Programma PP4 Dipendenze	1.5.a	Attivazione, nell'ambito delle attività dei Servizi Territoriali per le Dipendenze, di almeno un intervento per i "Giovani under 25" finalizzata alla valutazione del rischio, al counseling personalizzato, alla eventuale presa in carico, al testing per le patologie correlate, al fine di ridurre o prevenire le complicanze sanitarie e sociali più comuni correlate al consumo di sostanze psicotrope.	N° di interventi per Giovani under 25" finalizzato alla valutazione del rischio, al counseling personalizzato, alla eventuale presa in carico, al testing per le patologie correlate, al fine di ridurre o prevenire le complicanze sanitarie e sociali più comuni correlate al consumo di sostanze psicotrope.	>= 3 (almeno 1 per azienda)	>= 1	
1.6 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita	1.6.a	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 e disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità,	>=1 intervento di comunicazione per ogni Azienda sanitaria	>= 1 intervento di comunicazione	
1.7 Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	1.7.a	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni da macchine non conformi presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza macchine	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	>= 8 imprese	
1.7 Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	1.7.b	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo dei carrelli elevatori presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza macchine	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	>= 8 imprese	
1.7 Programmi PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.7.c	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione delle cadute dall'alto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale edilizia	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 50 imprese	>=16 imprese	
1.7 Programmi PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.7.d	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria nei lavoratori agricoli presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale agricoltura	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 75 imprese	>= 23 imprese	
1.7 Programmi PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.7.e	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria, comprese quelle verificate per i Piani Mirati di Prevenzione	>= 5% (2.530)	>= 643	
1.7 Programmi PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.7.f	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo.	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria	>=n° realizzato nel 2022 (tolleranza accettabile del 10% per cantieri)	>=n° realizzato nel 2022 (417 cantieri; 43 aziende agricole)	
1.7 Programmi PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.7.g	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): effettuare attività informative e sorveglianza sanitaria ai cittadini richiedenti, compresi quelli riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	% di visite effettuate che sono state richieste entro il 30.11.2024	>=80% delle visite richieste entro il 30.11.2024	>=80% delle visite richieste entro il 30.11.2024	
1.7 Programmi PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.7.h	Adozione delle buone pratiche in tema di rischio stress lavoro correlato presso le imprese regionali	Numero di imprese estratte tra quelle selezionate nel 2023	>= 3 imprese	>= 1 impresa	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
1.7 Programmi PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.7.i	Adozione delle buone pratiche in materia di rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale rischio ergonomico	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	> = 10 imprese	> = 3 imprese	
1.7 Programmi PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.7.l	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria negli addetti alla bonifica amianto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	> = 6 imprese per ogni Azienda	> = 6 imprese	
1.7 Programmi PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.7.m	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione sul rischio cancerogeno da silice libera in edilizia presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 30 imprese	100% delle 10 imprese assegnate	
1.8 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.8.a	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	N° di controlli per ciascun ispettore REACH-CLP	> = 4	> = 4	
1.8 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.8.b	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli sui prodotti biocidi, per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	N° controlli per Azienda sanitaria	> =1	> =1	
1.8 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.8.c	Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro interaziendali per l'implementazione delle azioni previste dal Programma PP9 del PRP secondo il modello organizzativo di integrazione già condiviso e adottato dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie nel 2023	N. incontri di lavoro ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	> =10	> =10	
1.8 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.8.d	DISPOSIZIONI DI ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 23 febbraio 2023, n. 18 Predisposizione dei programmi di controllo relativi alle filiere idro-potabili che insistono sul territorio di propria competenza coordinandosi con i rispettivi gestori idro-potabili.	% filiere idropotabili che insistono nel territorio di competenza di ciascuna Azienda Sanitaria per le quali è stato predisposto il programma di controllo	> =70%	> =70%	
1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	1.9.a	Linee guida regionali. Diffusione della nuova edizione del documento di indirizzo sui nidi d'infanzia	Percentuale dei nidi di infanzia pubblici ai quali è stato diffuso il documento	> =90%	> =90%	
1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	1.9.c	Presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione collettiva	Rilevazione in almeno il 70% dei controlli effettuati nelle attività di ristorazione collettiva e in quelle della distribuzione	> =70%	> =70%	
1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	1.9.d	Divulgazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare tramite i siti aziendali	Publicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	Evidenza documentale della pubblicazione	Evidenza	
1.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica	1.10.1	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età lavorativa, al fine di identificare precocemente e inviare a terapia gli individui affetti da malattia CV per prevenire sia eventi CV che insorgenza di altre malattie croniche non trasmissibili	Effettuare il calcolo del rischio CV, secondo il punteggio SCORE2 e le linee guida europee dei lavoratori visitati dal medico competente delle Aziende Sanitarie regionali	> = 50% dei lavoratori visitati	> = 50% visitati	
1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.11.a	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	> =80%	> =80%	
1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.11.a	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di donne che allattano al seno alla dimissione dopo il parto	> =90%	> =90%	
1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.11.a	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di donne che allattano al seno alla seconda vaccinazione	> =90%	> =90%	
1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.11.b	Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Percentuale dei nati prematuri a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	> =90%	> =90%	
1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.11.b	Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Percentuale dei fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	> =50%	> =50%	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.a	Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000 di migranti: vaccinazione di almeno il 10% delle coorti oggetto di attività supplementari aziendali	Percentuale di vaccinati MPR, appartenenti alle coorti 1975-2000 di migranti, durante l'attività supplementare	> =10%	> =10%	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.b	Consolidazione dei servizi di sorveglianza delle Paralisi Flaccida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale impegnandosi a segnalare il 100% dei casi osservati (attività coordinata da ASUFC)	Percentuale dei casi segnalati su quelli osservati	100% segnalazioni su casi osservati	100% segnalazioni	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.c	P01C Lea core 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% <i>(valore FVG 2022 93,17%)</i>	> 95% <i>(valore 2022 94,43%)</i>	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.d	P02C Lea core 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% <i>(valore FVG 2022 91,46%)</i>	> 95% <i>(valore 2022 93,43%)</i>	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.e	P03C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale anti-pneumococcica	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	> 95% <i>(valore FVG 2022 89,68%)</i>	> 95% <i>(valore 2022 91,56%)</i>	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.f	P04C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale anti-meningococcica C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	> 95% <i>(valore FVG 2022 86,48%)</i>	> 95% <i>(valore 2022 89,87%)</i>	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.g	P05C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale anti-HPV	Copertura vaccinale anti-HPV	> 65% <i>(valore FVG 2022 19,46%)</i>	> 65% <i>(valore 2022 0,20%)</i>	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.h	P06C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	> 60% <i>(valore FVG campagna 2022 54,17%)</i>	> 60% <i>(valore 2022 58,26%)</i>	
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.12.i	B7.4 Bersaglio Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 23% <i>(valore FVG 2022 21,45%)</i>	> 23% <i>(valore 2022 20,60%)</i>	
1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.13.a	Assicurare adeguati volumi di prestazioni/anno per ogni centro di erogazione	N° di prestazioni/anno erogate in ogni centro di erogazione	>= 1400 ovvero >= volumi 2019	>= 1400 ovvero >= volumi 2019	
1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.13.b	Assicurare un adeguato case mix tra prime visite e visite di controllo e restanti prestazioni	% di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche o di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo) sul totale delle prestazioni erogate	<35%	<35%	
1.14 Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023 e aggiornamento)	1.14.a	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Evidenza dell'aggiornamento dei piani aziendali e loro applicazione	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025, sugli atti ed azioni adottate nell'anno 2024	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.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 2024 da PRISAN	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.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. audit per settore realizzati/ n. audit per settore programmati per il 2024 da PRISAN	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.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. valutazioni del rischio realizzate / n. valutazioni del rischio programmate per il 2024 da PRISAN	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.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. di campionamenti di alimenti effettuati/ n. di campionamenti di alimenti programmati per 2024 da PRISAN	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.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. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN realizzati / n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN programmati per 2024 da PRISAN	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.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 effettuati/ n. interventi ispettivi per settore effettuati/ programmati per il 2024 da PRISAN	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	P10Z Lea core	Migliorare la copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	100% <i>(valore FVG 2021 ministeriale: 65,97%)</i>	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	P12Z Lea core	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% <i>(Valore FVG 2021 ministeriale: 98,80%)</i>	100%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PZ11 Lea no core	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N. di allevamenti controllati per ciascuna specie in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima specie) x 100	100% (soglia minima accettabile 80%)	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PZ11 Lea no core	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N di allevamenti controllati per la categoria "altri bovini" in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima categoria) x100	100% (soglia minima accettabile 80%)	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PZ11 Lea no core	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N. di controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione secondo le linee guida applicative del regolamento 1099/2009/ N di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano) x 100.	100% (soglia minima accettabile 80%)	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.b	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Percentuale di controlli effettuati rispetto a quelli previsti per gli atti di interesse di condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.c	Biosicurezza suini Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini ai fini della prevenzione della PSA	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza suini sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.c	Biosicurezza avicoli Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti avicoli ai fini della prevenzione dell'influenza aviaria	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza avicoli sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.e	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	Percentuale dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia (inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2024)	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.f	Igiene Urbana Veterinaria: Predisporre le attività previste per il passaggio alla Banca dati nazionale (BDN) animali d'affezione.	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.g	Igiene Urbana Veterinaria: garantire l'attività di controllo sanitario sui cani convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione	Percentuale di cani convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione ispezionati	100%	100%	
1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.15.h	Avvio ed utilizzo del sistema GISA per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN e 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 31/12/2024	100% utilizzo sistemi	
1.16 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	P14C Lea core	Migliorare il valore dell'indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	< 40% (valore FVG 2022 referente 35,53%)	< 40% (valore 2022 31,90%)	
2.1 Assistenza primaria	D03C Lea core	Mantenimento /miglioramento del tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	<= 305 (valore FVG 2022 263,20)	<= 305 (valore 2022 306,20)	
2.1 Assistenza primaria	D04C Lea core	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 FVG 2022 48,79)	<= 81 (valore 2022 67,09)	
2.1 Assistenza primaria	D05C Lea no core	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 FVG 2022 59,75)	<60 (valore 2022 52,79)	
2.1 Assistenza primaria	D06C Lea no core	Mantenimento/miglioramento del tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	<20 (valore FVG 2022 21,81)	<20 (valore 2022 19,79)	
2.1 Assistenza primaria	C13A.2.2.1 Bersaglio	Migliorare il tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	<25,00% (valore FVG 2022 32,61%)	<40,00% (valore 2022 46,62%)	
2.1 Assistenza primaria	C13A.2.2.2 Bersaglio	Migliorare la percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	<10% (valore FVG 2022 12,49%)	<11% (valore 2022 11,39%)	
2.1 Assistenza primaria	C9.1 Bersaglio	Migliorare il consumo di inibitori di pompa protonica sul territorio	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	< 30 (valore FVG 2022 31,19%)	< 30 (valore 2022 33,91%)	
2.2 Assistenza territoriale	D22Z Lea core	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 4,00 (valore FVG 2022 4,13)	>= 4,00 (valore 2022 5,10)	
2.2 Assistenza territoriale	D22Z Lea core	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 3,00 (valore FVG 2022 1,96)	>= 3,00 (valore 2022 3,08)	
2.2 Assistenza territoriale	D22Z Lea core	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2,00 (valore FVG 2022 0,70)	>= 2,00 (valore 2022 1,12)	
2.2 Assistenza territoriale	D33Za Lea core	Incremento del numero di anziani con età >= 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.	Numero di anziani con età >= 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.	> 41	> 41	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
2.2 Assistenza territoriale	D27C Leacore	Miglioramento della percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	<= 6,00 <i>(valore FVG 2022 6,06%)</i>	<= 6,00 <i>(valore 2022 6,43%)</i>	
3.1 Appropriata e efficienza operativa	H04Z Leacore	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	<= 0,15 <i>(valore FVG 2022 0,19)</i>	<= 0,15 <i>(valore 2022 0,15)</i>	
3.1 Appropriata e efficienza operativa	H05Z Leacore	Migliorare la proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 90 <i>(valore FVG 2022 73,57)</i>	>= 90 <i>(valore 2022 58,23)</i>	
3.1 Appropriata e efficienza operativa	C2A.M Bersaglio	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 <i>(valore FVG 2022 0,87)</i>	<0,00 <i>(valore 2022 -0,14)</i>	
3.1 Appropriata e efficienza operativa	C2A.C Bersaglio	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,00 <i>(valore FVG 2022 0,61)</i>	<0,00 <i>(valore 2022 -0,25)</i>	
3.1 Appropriata e efficienza operativa	H13C Leacore	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali HUB)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali HUB)	>= 65% <i>(valore FVG 2022 52,18%)</i>	>= 65% <i>(valore 2022 77,20%)</i>	
3.1 Appropriata e efficienza operativa	H13C Leacore	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali SPOKE)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali SPOKE)	>= 80% <i>(valore FVG 2022 56,59%)</i>	>= 80% <i>(valore 2022 36,50%)</i>	
3.1 Appropriata e efficienza operativa	C10.1.1 Bersaglio	Incrementare la percentuale di ricoveri sopra soglia (50 interventi annui) per tumore maligno alla prostata	Percentuale di ricoveri sopra soglia (50 interventi annui) per tumore maligno alla prostata	>= 80% <i>(valore FVG 2022 77,53%)</i>	>= 70% <i>(valore 2022 62,60%)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	C16.2.N Bersaglio	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% <i>(valore FVG 2022 45,71%)</i>	>= 70% <i>(valore 2022 47,58%)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	C16.2.N Bersaglio	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% <i>(valore FVG 2022 60,28%)</i>	>= 80% <i>(valore 2022 65,67%; 83,58% pediat, 57,36% splil.-s.vito)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	C16.3.NA Bersaglio	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	>= 65% <i>(valore FVG 2022 73,51%)</i>	>= 65% <i>(valore 2022 67,74%)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	C16.3.NA Bersaglio	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 75% <i>(valore FVG 2°sem. 2022 75,00%)</i>	>= 75% <i>(valore 2022 78,24%; 91,81% pediatrico 67,25% splilim.-s.vito)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	C16.4.1.N Bersaglio	Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	>= 88% <i>(valore FVG 2° sem. 2022 92,01%)</i>	>= 88% <i>(valore 2022 96,24%)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	C16.4.1.N Bersaglio	Incremento della percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali SPOKE)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali SPOKE)	>= 92% <i>(valore FVG 2°sem. 2022 94,31%)</i>	>= 92% <i>(valore 2022 94,91%; 98,89% pediat, 92,62% splil.-s.vito)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	C16.10 Bersaglio	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	< 7,80% <i>(valore FVG 2022 6,31%)</i>	< 6,00% <i>(valore 2022 5,23%)</i>	
3.2 Emergenza urgenza	D09Z Leacore	Miglioramento dei tempi di arrivo sui target per le chiamate di emergenza con codice rosso in aree urbane.	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 in territorio urbano)	<= 8	<= 8	
3.3 Materno infantile	H17C Leacore	Migliorare la % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<=15% <i>(valore FVG 2022 15,04%)</i>	<=15% <i>(valore 2022 16,01%)</i>	
3.3 Materno infantile	H18C Leacore	Migliorare la % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	<=25% <i>(valore FVG 2022 18,76%)</i>	<=25% <i>(valore 2022 19,38%)</i>	
3.3 Materno infantile	C7.3 Bersaglio	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	<20% <i>(valore FVG 2022 25,87%)</i>	<20% <i>(valore 2022 23,83%)</i>	
3.3 Materno infantile	C7.6Bersaglio	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5% <i>(valore FVG 2022 9,48%)</i>	< 7,5% <i>(valore 2022 8,62%)</i>	
3.4 Trapianti e donazioni	3.4.b	Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017, Rep. Atti n. 225/CSR, in relazione all'organizzazione dei coordinamenti locali ospedalieri per il procurement	Comunicazione organigramma COP alla DCS completo delle figure infermieristiche	trasmissione alla DCS entro il 31.12.2024 della comunicazione completa richiesta	trasmissione alla DCS entro il 31.12.2024 della comunicazione completa	
3.4 Trapianti e donazioni	3.4.c	Donatore Cuore Fermo (DCD)	erogazione di corsi di formazione	erogazione di 1 o più corsi di formazione per la tematica	avvenuta erogazione entro il 31.12.2024 di 1 o più corsi di formazione per la tematica	



linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
3.4 Trapianti e donazioni	3.4.d	Donazione cornee	valore percentuale su decessi 4 79a	> 5% decessi 4 79a	> 5% decessi 4 79a	
3.4 Trapianti e donazioni	3.4.e	Monitoraggio opposizioni (ambito: donazione cornee)	valore percentuale su numero processi di valutazione dei donatori di cornee	< 50	< 50	
3.4 Trapianti e donazioni	3.4.f	Confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	percentuale dei dati analizzati da COP	100%	100%	
3.4 Trapianti e donazioni	3.4.g	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI	percentuale	≥ 30 %	≥ 30 %	
4.1 Integrazione sociosanitaria	4.1.a	Accoglimento nei PUA tramite l'utilizzo di modelli uniformi di strumenti valutativi preliminari in attuazione dei LEPS di processo dei percorsi assistenziali integrati	Adozione di apposito strumento unitario per la valutazione preliminare condiviso con l'ambito territoriale sociale	Adozione entro il 31.12.2024	Adozione entro il 31.12.2024	
4.1 Integrazione sociosanitaria	4.1.b	Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione	Evidenza di accordo di programma tra aziende sanitarie e ambiti territoriali sociali che definiscano il funzionamento dell'équipe integrata	Accordo entro il 31.12.2024	Accordo entro il 31.12.2024	
4.2 Non autosufficienza	4.2.a	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%	100%	
4.3 Anziani	4.3.a	Sviluppare i percorsi di amministrazione condivisa volta alla sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Nei territori pilota Adozione di determina a conclusione della procedura di coprogettazione avviata con i soggetti del Terzo Settore attori dei servizi/interventi volti a soddisfare i bisogni rilevati nella fase di coprogrammazione (DGR 1964/2021).	Entro il 31.12.24	Entro il 31.12.24	
4.4 Disabilità	4.4.a	adeguamento degli atti aziendali nel rispetto degli indirizzi forniti dalla DGR 1690/2023	Evidenza dell'adozione della modifica dell'atto aziendale contenente la costituzione di apposita struttura organizzativa dedicata alla disabilità, secondo gli indirizzi di cui alla DGR 1690/2023	Entro il 31.12.24	Entro il 31.12.2024	
4.4 Disabilità	4.4.b	affidamento della gestione dei servizi agli Enti gestori esistenti e assegnazione delle risorse del Fondo sociosanitario agli Enti gestori esistenti secondo gli indirizzi di programmazione regionali	formalizzazione di appositi atti contenenti le modalità di affidamento dei servizi e di assegnazione delle risorse, nel rispetto delle indicazioni operative di cui alla DGR 1691/2023	Entro il 30.06.2024	Entro il 30.06.2024	
4.5 Minori	4.5.a	Garantire un progetto personalizzato ai minori con bisogni complessi che necessitano di un inserimento in comunità, definito dall'équipe multiprofessionali integrate	% di progetti personalizzati elaborati dalle équipe integrate per l'inserimento in comunità di minori con bisogni complessi	100%	100%	
4.5 Minori	4.5.b	Garantire un progetto personalizzato ai minori con bisogni complessi che necessitano di un inserimento in comunità, definito dall'équipe multiprofessionali integrate	% di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'équipe multiprofessionali integrate nell'anno	50%	50%	
4.6 Salute mentale e dipendenze	4.6.a	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	% di progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point pSM entro 30 giorni dalla presa in carico	100%	100%	
4.6 Salute mentale e dipendenze	4.6.b	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	N° di attività di verifica o aggiornamento dei progetti personalizzati già attivati e inseriti nel sistema informativo Point pSM	> =3	> =1	
4.6 Salute mentale e dipendenze	4.6.c	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	N° di progetti personalizzati nella cui realizzazione sono state coinvolte persone con esperienza (peer support workers)	> =30	> =10	
4.6 Salute mentale e dipendenze	4.6.d	Miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	% inserimento dei Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) relativi alle nuove prese in carico di persone con bisogni complessi nel sistema informativo GeD), ad avvenuto rilascio della funzionalità dedicata	100%	100%	
4.6 Salute mentale e dipendenze	4.6.d	Miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	N. di chiusure del percorso in Comunità terapeutica con applicazione della procedura condivisa fra Servizi e Comunità terapeutiche della regione, per favorire l'inserimento/reinserimento sociale della persona	100%	100%	
4.6 Salute mentale e dipendenze	4.6.e	Qualificare le modalità di applicazione dello strumento del budget di salute, concorrere al suo consolidamento e valutarne gli esiti	% dei dati inseriti nella piattaforma messa a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità	100%	100%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
4.6 Salute mentale e dipendenze	4.6.e	Qualificare le modalità di applicazione dello strumento del budget di salute, concorrere al suo consolidamento e valutarne gli esiti	N° di operatori che partecipano al percorso di formazione intervento	>=70	>=20	
4.7 Consulori familiari - attività sociosanitaria	4.7.a	Potenziamento delle attività consultoriali nell'ambito delle specifiche competenze sociali (DGR 1685/2021 e DGR 2045/2022).	Presentazione di una relazione di monitoraggio sugli interventi realizzati a valere sul Fondo Nazionale Famiglia	relazione presentata alla DCS entro il 30.09.24	relazione presentata alla DCS entro il 30.09.24	
5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	5.2.a	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi per azienda di residenza secondo target S. Anna	% abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	% abbandono < classi target S.Anna anno 2022	<= 21,50% (valore 2022 21,64%)	
5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	5.2.b	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2022: alta aderenza ≥ 36,3%, bassa aderenza ≤ 22,8%.)	% alta aderenza >36,3% o mantenimento valore aziendale 2022	>= 36,3% (valore 2022 31,37%)	
5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	5.2.c	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2022: alta aderenza ≥ 36,3%, bassa aderenza ≤ 22,8%.)	% bassa aderenza <22,8% o mantenimento valore aziendale 2022	<= 22,8% (valore 2022 25,16%)	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.a	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Inserimento della residenza del paziente per tutti i farmaci medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria.	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	> 90%	> 90%	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.b	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, pari al 95%, per i medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM	>= 95% (≥ 95%: obiettivo raggiunto; 85%-95%: obiettivo parzialmente raggiunto; <85%: obiettivo non raggiunto)	>= 95% (valore gen-set 2023 93,7%)	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.c	Riduzione della quota di prescrizioni con iter cartaceo, rispetto all'anno precedente	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo (al netto di registri AIFA o pz extra-regione)	% iter cartaceo 2024 < % iter cartaceo 2023	% 2024 < % 2023	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.d	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'applicativo PSM-PT (mantenimento > 75%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 75%. Per gli IRCCS la % di PT informatizzati (> 75%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2025	> 75%	> 75% (valore gennaio-giugno 2023 78%)	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.e	Sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo del PSM-PT in almeno 5 categorie di medicinali/ principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2023 >= 50%	PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie	<50%	
5.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	5.4.a	Espletamento da parte di ARCS delle procedure di acquisto (avvio gara regionale/adesione gara CONSIP) strisce reattive per il controllo della glicemia per la distribuzione in DPC entro e non oltre il 30.06.2024 (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023)*	Espletamento delle procedure di gara (avvio gara regionale/adesione gara CONSIP) entro il 30.06.2024	30.06.2024	Riscontri alle richieste di ARCS	
5.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	5.4.b	ARCS definisce con le AS/ASU e le associazioni di categoria delle farmacie una proposta di progettualità (partendo dall'area del diabete – art.17.5 Accordo) sulla Farmacia dei servizi da presentare al tavolo tecnico della DPC e alla DCS entro il 30.06.2024.	Proposta di progettualità sulla Farmacia dei servizi da presentare al tavolo tecnico della DPC e alla DCS entro il 30.06.2024.	30.06.2024	Partecipazione attività	
5.5 Farmacovigilanza	5.5.a	Incremento del numero di segnalazioni delle Sospette Reazioni Avverse (ADR) da medicinali innovativi (innovatività piena per l'anno 2024 - almeno un mese)	SRNF24 Trattati (2021-2024) - SRNF23 Trattati (2020-2023) > 0 SRNF 24: segnalazioni dell'anno di riferimento Trattati nel periodo: numero di trattati avviati nel periodo di tre anni	Variazione indicatore > 0	Variazione indicatore > 0	
5.5 Farmacovigilanza	5.5.b	Compilazione in RNF della sottosezione D9 (D.9.2.r.2) con dati di qualità in merito alle segnalazioni con esito decesso, che riportano almeno due delle tre informazioni essenziali (data decesso, causa come indicata dal segnalatore, referto autoptico/relazione clinica)	Segnalazioni con esito decesso con almeno 2 informazioni essenziali/totale segnalazioni con esito decesso > 90%	> 90 %	> 90 %	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.a	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risulta disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2024 vs uso 2023	% uso molecole a brevetto scaduto a minor costo 2024>% uso 2023	% 2024 > % 2023	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.b	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "generazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "generazione"	Variazione % positiva farmaco a brevetto scaduto vs originatore in due trimestri successivi alla generazione	Δ % >0 trim finale –trim iniziale	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	F10.3.1 Bersaglio	Diminuire 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	<=24 € (valore ago '23: 26,08)	<=20 € (valore ago '23: 19,67)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	F12C.4.1B Bersaglio	Riduzione della spesa per guanti per giornata di degenza*	Spesa per guanti per giornata (CND T01) di degenza	<=2,20 € (valore ago '23: 2,44)	<=1,96 € (valore ago '23: 1,96)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.c	Riduzione della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo ospedaliero	costo medicazioni (CND M)/ giornata di degenza	<=5,20 € (valore ago '23: 5,51)	<=4,4 € (valore ago '23: 4,38)	Nel caso di non raggiungimento, nella relazione illustrativa al Bilancio di Esercizio dovranno essere riportate le motivazioni
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.d	Riduzione della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo territoriale	costo medicazioni (CND M)/ popolazione pesata over 65	<=2,00 € (valore ago '23: 2,16)	<=2 € (valore ago '23: 1,97)	Nel caso di non raggiungimento, nella relazione illustrativa al Bilancio di Esercizio dovranno essere riportate le motivazioni
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.e	Riduzione della spesa media per protesi d'anca	Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52; 81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72;00.73 Si escludono le specialità relative alla post-accuzie (75,56,76 e 60)	<788 € (valore 2022: 866,27€)	<=850 € (valore 2022 1028,96€)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.f	Riduzione della spesa media per protesi al ginocchio	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-accuzie (75,56,76 e 60)	<=1,121 € (valore 2022: 1.266,49€)	<=1,050 € (valore 2022 1.033,67€)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.g	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per l'INSULINA GLARGINE	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'insulina glargine	>= 30% (valore ago '23: 22%)	>=30,00 (valore ago '23: 16%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.h	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina	>= 70% (valore ago '23: 60%)	>=70,00 (valore ago '23: 57%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.i	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ADALIMUMAB	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'Adalimumab	>= 86% (valore ago '23: 81%)	>=86,00% (valore ago '23: 79%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.l	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ETANERCEPT	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'etanercept	>= 81% (valore ago '23: 72%)	>=81,00% (valore ago '23: 72%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	5.6.m	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare OMNITROPE (1°graduatori gara farmaci biologici SOMATROPINA) in DPC	% di consumo di farmaco OMNITROPE rispetto al totale consumo farmaci con principio attivo SOMATROPINA in DPC	>= 40% (valore ago '23: 29%)	>=40,00 (valore ago '23: 35%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	D14C Lea core	Mantenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	DDD Antibiotici (ATCJ01)/1000 abitanti	< 5652 (valore FVG 2022 4620)	< 5652 (valore 2022 4889)	
5.7 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	5.7.a	Nel 2024 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 per il monitoraggio della spesa e dei consumi dei dispositivi medici e di indicatori di appropriatezza  Il tavolo di lavoro da continuità alle attività poste in essere nel 2023. Monitora gli indicatori definiti quali obiettivi 2024 per le Aziende, finalizzati a conseguire ricadute economiche/di appropriatezza positive per il SSR, approfondendoli ed implementandoli, se possibile, anche tenuto conto dei risultati conseguiti in attuazione delle Linee per la gestione per il 2023.	Il tavolo di lavoro entro trenta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione definisce il calendario delle riunioni mensili del gruppo e avvia le attività con: 1. definizione di azioni per il contenimento dei DM annualmente scaduti, da elaborare anche in collaborazione con gli altri Enti, e loro applicazione al fine di ridurre la spesa dei DM scaduti annualmente; 2. definizione dei contenuti di un report trimestrale di monitoraggio della spesa e dei consumi di DM a livello regionale e di singolo Ente del SSR; 3. resoconto di ogni riunione del tavolo di lavoro.	costo dei DM scaduti nel 2024 < costo DM scaduti nel 2023 a livello regionale	costo dei DM scaduti nel 2024 < costo DM scaduti nel 2023 a livello regionale	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.a	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio alla DCS	nominativi inviati entro il 31/01/2024	nominativi inviati entro il 31/01/2024	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.b	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e della scheda B secondo le tempistiche richieste dal SIMES	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.c	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Compilazione della survey AGENAS secondo le tempistiche indicate	survey Agenas compilata entro i tempi	survey Agenas compilata entro i tempi	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.d	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio semestrale indicatori AHRQ	2 invii semestrali indicatori AHRQ	2 invii semestrali indicatori AHRQ	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.d	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio dati 2023 sulla violenza su operatore (secondo format ministeriale) entro 15 gennaio	dati inviati entro il 15.1.2024	dati inviati entro il 15.1.2024	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.e	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Condivisione di un percorso di miglioramento sul tema identificato dall'OMS come obiettivo del World Patient Safety Day 2024	evidenza percorso di miglioramento condiviso	evidenza percorso di miglioramento condiviso	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.e	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Inserimento di almeno una buona pratica nella call annuale di AGENAS	>= 1 buona pratica inserita	>= 1 buona pratica inserita	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.f	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali	dati pubblicati entro 31.3.2024	dati pubblicati entro 31.3.2024	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.g	Miglioramento dei programmi di gestione del dolore	Adesione alla campagna formativa	campagna formativa effettuata	campagna formativa effettuata	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.g	Miglioramento dei programmi di gestione del dolore	Attuazione della sorveglianza sulla gestione del dolore	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alle azioni per l'implementazione del PNCAR 22-25	evidenza azioni attuate	evidenza azioni attuate	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle RSA e altre LTCF	studio effettuato	studio effettuato	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	Report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni, incluse le attività di monitoraggio	evidenza trasmissione report	evidenza trasmissione report	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	Ripetizione della sorveglianza trimestrale di incidenza sulle infezioni del sito chirurgico	n. 4 sorveglianze trimestrali effettuate	n. 4 sorveglianze trimestrali effettuate	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	Invio semestrale questionario CSIA per la valutazione del consumo di soluzione idroalcolica	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	Invio semestrale degli indicatori sulla compliance alla profilassi peri-operatoria nell'adulto	2 invii semestrali indicatori compliance profilassi	2 invii semestrali indicatori compliance profilassi	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	Punteggio almeno di 6 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni (consumo soluzione idroalcolica, adesione ai 5 momenti OMS per l'igiene delle mani, adesione alla profilassi peri-operatoria, adesione ai bundle per la prevenzione e il controllo delle ICA, compilazione del framework OMS sull'igiene delle mani e sulle attività di IPC)	punteggio >= 6 matrice azioni di prevenzione e controllo delle infezioni (PAG. 66 DGR 2117/2023)	punteggio >= 6 matrice azioni di prevenzione e controllo delle infezioni (PAG. 66 DGR 2117/2023)	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.i	Uso sicuro dei farmaci	Implementazione/mantenimento delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	evidenza implementazione / mantenimento raccomandazioni ministeriali	evidenza implementazione / mantenimento raccomandazioni ministeriali	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.l	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni Regionali	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.m	Prevenzione delle cadute accidentali	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.n	Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee in ambito pediatrico e per adulti	Partecipazione dei RAP ai tavoli di lavoro regionali per la predisposizione dei documenti di consenso	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.n	Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee in ambito pediatrico e per adulti	Costruzione e formazione della rete dei link professional	evidenza costruzione rete dei link professional	evidenza costruzione rete dei link professional	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.n	Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee in ambito pediatrico e per adulti	Costruzione e formazione della rete dei link professional	evidenza formazione dei link professional	evidenza formazione dei link professional	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.n	Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee in ambito pediatrico e per adulti	Assicurare il monitoraggio delle lesioni cutanee partecipando all'indagine di prevalenza inviando i dati secondo le indicazioni regionali	trasmissione dei dati di monitoraggio secondo le indicazioni regionali	trasmissione dei dati di monitoraggio secondo le indicazioni regionali	
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	6.1.o	Valutazione partecipata dell'umanizzazione per il miglioramento delle cure (AGENAS)	Avvio del programma nelle Aziende Sanitarie aderenti	evidenza avvio del programma	evidenza avvio del programma	
6.2 Acquisizione di beni e servizi	6.2.a	Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa degli Enti del SSR	ARCS svolge le procedure centralizzate dell'anno di riferimento, previa sottoscrizione di apposita convenzione tra le parti	svolgimento procedure previa sottoscrizione convenzione	sottoscrizione convenzione	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
6.3 Concorsi centralizzati	6.3.1	Definizione di regole organizzative e gestionali condivise tra ARCS e Aziende del SSR sulle procedure dei concorsi centralizzati per la ricerca di personale per il SSR	Sottoscrizione entro il 31.12.2024 di un accordo attuativo con la definizione, obiettivi, ruoli e responsabilità	entro il 31.12.2024	entro il 31.12.2024	
6.4 Attività di coordinamento in ambito assicurativo	6.3.a	Prevenzione del rischio legato allo smarrimento /danneggiamento degli effetti personali dei pazienti.	Predisposizione di un protocollo condiviso e unico sulla gestione degli effetti personali di proprietà del paziente.	predisposizione del protocollo condiviso e unico entro il 31.10.2024	collaborazione con ARCS nella predisposizione del protocollo	
6.4 Attività di coordinamento in ambito assicurativo	6.3.b	Prevenzione del rischio legato allo smarrimento /danneggiamento degli effetti personali dei pazienti.	Predisposizione/ adozione di un protocollo condiviso e unico sulla gestione degli effetti personali di proprietà del paziente.	adozione del protocollo condiviso e unico entro il 30.11.2024	Adozione entro il 30.11.2024	
6.5 Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS)	6.5.a	Partecipazione alla rete PROMIS, attraverso un proprio referente aziendale	Formalizzazione del referente in ciascuna Azienda sanitaria e IRCCS entro il 31.03.2024.	entro il 31.3.2024	entro il 31.3.2024	
6.5 Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS)	6.5.a	Partecipazione alla rete PROMIS, attraverso un proprio referente aziendale	Diffusione delle informazioni e coinvolgimento dei diversi professionisti aziendali secondo il tema trattato (n. e tipologia di partecipazioni a gruppi di lavoro)	evidenza diffusione (n. e tipologia di partecipazioni a gruppi di lavoro)	evidenza diffusione (n. e tipologia di partecipazioni a gruppi di lavoro)	
6.6 Gestione Ricerca ed innovazione	6.6.a	Partecipare attraverso un proprio referente aziendale ad un gruppo di lavoro per la mappatura delle strutture aziendali e del processo autorizzatorio delle attività di ricerca, innovazione e sperimentazione.	Formalizzazione del referente in ciascuna Azienda sanitaria e IRCCS entro il 29.02.2024	referente formalizzato entro il 29.2.2024	referente formalizzato entro il 29.2.2024	
6.6 Gestione Ricerca ed innovazione	6.6.a	Partecipare attraverso un proprio referente aziendale ad un gruppo di lavoro per la mappatura delle strutture aziendali e del processo autorizzatorio delle attività di ricerca, innovazione e sperimentazione.	Entro il 30.04.2024 presentare ad ARCS un report sulle strutture organizzative e i processi autorizzatori degli studi in ricerca, innovazione e sperimentazione	report presentato ad ARCS entro il 30.4.2024	report presentato ad ARCS entro il 30.4.2024	
6.6 Gestione Ricerca ed innovazione	6.6.b	Definire e promuovere la partecipazione a un programma di formazione per gli addetti delle Aziende sanitarie e degli IRCCS e altri addetti ai lavori sul nuovo Regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano.	Entro il 30.04.23 formazione degli addetti ai lavori sul nuovo Regolamento (UE) n. 536 nelle sperimentazioni cliniche.	addetti formati entro il 30.4.2024	addetti formati entro il 30.4.2024	
6.6 Gestione Ricerca ed innovazione	6.6.b	Partecipazione ad un gruppo di lavoro per l'ottimizzazione dei modelli organizzativi per la ricerca, l'innovazione e la sperimentazione snello e sostenibile.	entro il 30.6.2024 presentazione ad ARCS di proposte di ottimizzazione dei processi autorizzatori e di gestione di progetti e studi di ricerca, innovazione e sperimentazione presso le Aziende sanitarie e gli IRCCS.	proposte presentate entro il 30.6.2024	proposte presentate entro il 30.6.2024	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Missione 6 C1 I1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT).	Avvio del sistema informativo delle COT per l'interconnessione aziendale nelle sedi COT di rispettiva competenza secondo il cronoprogramma che sarà definito entro il 31 marzo 2024 nel rispetto dei target e milestone del PNRR così come previsti dal Contratto Istituzione di Sviluppo.	cronoprogramma definito entro il 31.3.2024	attività svolte nel rispetto del cronoprogramma definito	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		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 nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023.	raggiungimento dei target di presa in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023	vedi obiettivo B.1.d	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Missione 6 Componente 2 I1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata".	Predisposizione del piano di progetto per l'avvio di tutte le unità operative DEA entro il 30 settembre 2024	piano di progetto predisposto entro il 30.9.2024	piano di progetto predisposto entro il 30.9.2024	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Missione 6 Componente 2 I1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata".	Avvio delle "unità operative pilota" per ogni DEA entro l'1 ottobre 2024.	"Unità operative pilota" avviate entro 1.10.2024	Unità operative pilota avviate entro 1.10.2024	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Missione 6 Componente 2 I1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO – Intervento: "Implementazione infrastrutture e attrezzature informatiche" – risorse assegnate agli enti SSR con DEA.	Entro il 31 ottobre 2024 realizzazione di almeno il 60% delle attività previste.	60% attività previste realizzate entro il 31.10.2024	60% attività previste realizzate entro il 31.10.2024	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Missione 6 C2 I1.3.2.4 NUOVI FLUSSI INFORMATIVI NSIS: • Assistenza riabilitativa; • Consultori; • Ospedali di comunità; • Servizi di assistenza primaria.	Assicurare la raccolta e l'invio dei nuovi flussi NSIS per l'assistenza riabilitativa (SIAR) e i consultori (SICOF) attraverso gli applicati messi a disposizione con il SISR nel rispetto delle tempistiche previste dal Ministero della Salute	raccolta ed invio dei flussi nel rispetto delle tempistiche	raccolta ed invio dei flussi nel rispetto delle tempistiche	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo aziendale 2024
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Missione 6 C 2.11.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: 1. Alimentazione FSE 2.0 da parte delle aziende per la quota parte degli strumenti di proprietà. 2. Alimentazione FSE 2.0 per la quota parte del patient summary, corredato di firma digitale, da parte dei MMG/PLS.	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR: 1. 80% dei documenti CDA2 nel 2° trimestre 2024	80% dei documenti CDA2 nel 2° trimestre 2024 raggiunti	80% dei documenti CDA2 nel 2° trimestre 2024 raggiunti	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Missione 6 C 2.11.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: 1. Alimentazione FSE 2.0 da parte delle aziende per la quota parte degli strumenti di proprietà. 2. Alimentazione FSE 2.0 per la quota parte del patient summary, corredato di firma digitale, da parte dei MMG/PLS.	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR: 2. 30% dei MMG/PLS alimentano il PS nel 2° trimestre 2024.	30% dei MMG/PLS alimentano il PS nel 2° trimestre 2024	30% dei MMG/PLS alimentano il PS nel 2° trimestre 2024	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Dismissione applicativi mainframe e rinnovo applicativi SISR.	Garantire l'avviamento, in termini di supporto al cambiamento organizzativo e di supporto tecnologico, dei nuovi applicativi informatici in sostituzione degli applicativi basati su mainframe e di cui è previsto un rinnovo secondo il cronoprogramma che sarà definito entro il 31 marzo 2024.	cronoprogramma definito entro il 31.3.2024	attività svolte nel rispetto del cronoprogramma definito	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		PNRR Missione 1 C2.13 - PIANO SANITÀ CONNESSA	Contribuire per la parte di rispettiva competenza al raggiungimento dei target previsti dal piano di migrazione dei collegamenti dati per le sedi previste dal PIANO SANITÀ CONNESSA.	target di competenza raggiunti	target di competenza raggiunti	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		PNRR Missione 1 C1.11.5 -CYBERSECURITY.	Contribuire per la parte di rispettiva competenza al raggiungimento dei target previsti dai progetti approvati dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia finanziati con la Missione 1 del PNRR	target di competenza raggiunti	target di competenza raggiunti	
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"		Costituzione gruppo regionale cybersicurezza sanità	Partecipazione ad almeno 80% degli incontri previsti dal gruppo regionale cybersicurezza.	partecipazione > = 80%	partecipazione > = 80%	
7.2 Privacy		Convocazione incontri bimestrali (6 all'anno).	Partecipazione ad almeno 5 incontri su 6 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	partecipazione ad almeno 5 incontri su 6	partecipazione ad almeno 5 incontri su 6	
7.3 PACS	7.3.a	Preparazione di quanto necessario all'attivazione del nuovo sistema PACS regionale per il periodo post 2024	Le aziende garantiscono entro febbraio 2024 le condizioni di disponibilità dei requisiti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali necessari all'avvio del nuovo sistema PACS per il periodo post 2024.	condizione necessarie garantite entro il 29.2.2024	condizione necessarie garantite entro il 29.2.2024	
10.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	10.2.1	Predisposizione da parte dei provider regionali del Piano formativo aziendale annuale (PFA)	Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano formativo annuale entro il 31.3.2024	entro il 31.3.2024	entro il 31.3.2024	
10.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	10.2.1	Aggiornamento da parte dei provider regionali del Piano formativo aziendale annuale (PFA)	Aggiornamento del Piano formativo annuale entro 30 gg dalla pubblicazione del PFR	entro 30 gg dal PFR	entro 30 gg dal PFR	
10.2.2 La Relazione annuale regionale	10.2.2	Redazione da parte dei provider regionali della relazione annuale della formazione relativa all'anno 2023	Redazione e trasmissione alla DCS della Relazione annuale della formazione relativa all'anno 2023 entro il 31.5.2024	entro il 31.5.2024	entro il 31.5.2024	
11.5.2 Programmazione 2025	11.5.2	Programma Preliminare degli Investimenti per l'anno 2025	Adozione del Programma Preliminare degli Investimenti 2025 completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti	trasmissione del PPI 2025 entro il 30.9.2024	trasmissione del PPI 2025 ad ARCS entro il 30.9.2024	
11.5.5 Elaborazione e definizione di linee guida per l'applicazione degli artt. 33 e 37 della LR 26/2015	11.5.5.a	Proposta di linee guida per standardizzare le procedure relative alla programmazione degli investimenti del SSR.	ARCS trasmette la proposta alla DCS	entro il 31/05/2024	entro il 31/05/2024	
11.5.6 Realizzazione di uno strumento di supporto alla valutazione del fabbisogno di risorse regionali destinate al rinnovo tecnologico biomedicale	11.5.6.c	Realizzazione di uno strumento di supporto alla valutazione del fabbisogno di risorse regionali destinate al rinnovo tecnologico biomedicale	Avvio, coordinamento e conduzione congiunta con gli Enti del SSR FVG della ricognizione delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto (noleggi, service, comodati, ...). ARCS trasmetterà alla DCS gli esiti della stessa, riguardanti almeno una valutazione economica del fenomeno.	entro il 31.12.2024	entro il 31.12.2024	

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIUSEPPE TONUTTI

CODICE FISCALE: TNTGPP64A05H5010

DATA FIRMA: 29/02/2024 11:57:21

IMPRONTA: 410DOCADA98D8037F4D2FC5812AF9747AA859D5BD83ABF71AAD1184DFDF0F636  
AA859D5BD83ABF71AAD1184DFDF0F6366140514DD78045401F336537A8C81090  
6140514DD78045401F336537A8C8109049D0349DB99A34C3CA3108FC860C8F24  
49D0349DB99A34C3CA3108FC860C8F2404E58E22B5A149F215A2E9A9BD9FC31E