ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1754 DEL 11 OTTOBRE 2012

CONSOLIDATO CONSUNTIVO 2011 - ALLEGATO 3

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA ANNUALE CONSOLIDATO DEL SSR – ANNO 2011

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICE

PREMESSA	**PAG.**	**2**
1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2011	"	**4**
1.1 IL QUADRO GENERALE	"	**5**
1.2 L'ATTUAZIONE DELLA PROGETTUALITÀ DEL SSR	"	**6**
1.2.1. Contenimento dei Tempi d'attesa	"	**8**
1.2.2 Prevenzione	"	**8**
1.2.3 Assistenza sanitaria	"	**9**
1.2.4 Integrazione sociosanitaria	"	**12**
1.2.5 Sistemi informativi	"	**14**
1.3 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	"	**15**
1.3.1 Il personale dipendente	"	**15**
1.3.2 DGR n. 597/2011: Confronto forza di personale alla data del 31.12.2010 e 31.12.2011	"	**21**
1.3.3 Esternalizzazioni e personale somministrato	"	**23**
1.3.4 Applicazione art.9, c. 2-bis del DL 78/2010 convertito in Legge n.122/2010	"	**24**
1.3.5 Rendicontazione risorse regionali aggiuntive 2011	"	**24**
1.4 GLI INVESTIMENTI EFFETTUATI	"	**28**
1.4.1 Le risorse	"	**28**
1.4.2 Il programma	"	**29**
1.4.3 Attuazione degli investimenti edilizi	"	**31**
1.4.4 Attuazione degli investimenti in beni mobili e tecnologie	"	**32**
1.5 GLI OBIETTIVI ECONOMICI E L'UTILIZZO DELLE RISORSE	"	**36**
1.5.1 La situazione economica	"	**36**
1.5.2 La situazione patrimoniale	"	**41**
2. LE AZIENDE SANITARIE REGIONALI NELL'ANNO 2011	"	**45**
ASS N. 1 "TRIESTINA"	"	**47**
ASS N. 2 "ISONTINA"	"	**77**
ASS N. 3 "ALTO FRIULI"	"	**106**
ASS N. 4 "MEDIO FRIULI"	"	**136**
ASS N. 5 "BASSA FRIULANA"	"	**176**
ASS N. 6 "FRIULI OCCIDENTALE"	"	**211**
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" DI TRIESTE	"	**245**
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "S. MARIA DELLA MISERICORDIA" DI UDINE	"	**262**
AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA DEGLI ANGELI" DI PORDENONE	"	**285**
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE	"	**304**
IRCCS "CRO" DI AVIANO	"	**318**

***PER OGNI AZIENDA SONO RIPORTATI:**
LINEE PROGETTUALI
INVESTIMENTI

3. DATI DI SINTESI	"	**333**
3.1 ATTIVITÀ SANITARIE	"	**334**
3.2 RENDICONTAZIONE RAR	"	**344**

PREMESSA

La presente Relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato, prevista dall'articolo 28 delle legge LR 19.12.1996 n. 49, costituisce la sintesi delle relazioni sulla gestione che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali, ai sensi dell'articolo 26 della medesima legge, hanno redatto e approvato per l'anno 2011 assieme al bilancio di esercizio ed illustra i risultati conseguiti nel 2011 dal SSR rispetto agli obiettivi definiti a livello regionale, posti dalle seguenti deliberazioni giuntali, che hanno regolato la gestione del SSR per l'anno 2011 fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo trimestrale di gestione:

- DGR 2195 del 8-11-2010 – LR 49/1996, art 12 Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2011 - approvazione preliminare
- DGR 2384 del 25-11-2010 – LR 49/1996, art 12 Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2011 -approvazione definitiva
- DGR 2619 del 16-12-2010 – DGR 2384/2010 Linee per la gestione del SSR nel 2011 – Integrazioni
- DGR n. 561 del 31-3-2011- DGR 2384/2010 : Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2011 - integrazione alla DGR 2619/2010 per individuazione di ulteriori spese sovraziendali.
- DGR n. 597 del 08.04.2011 - LR 49/1996 , artt 16 e 20 - programmazione annuale 2011 e pluriennale 2010-2012 del servizio sanitario regionale.
- DGR n. 900 del 20-5-2011 - modifiche alla DGR n.597/2011 di approvazione della programmazione annuale 2011 e pluriennale 2010-2012 del servizio sanitario regionale - allegato 2 "bilancio preventivo consolidato 2011 del SSR" e allegato 5 "quadro riassuntivo delle erogazioni regionali".
- L.R. 29-12-2010, n. 22 - Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione (Legge finanziaria 2011),
- DGR n. 1135 del 17-06-2011 Lr 49/1996 , art 22 : gestione del servizio sanitario regionale. rendiconto economico trimestrale al 31/03/2011;
- DGR n. 1720 del 23-9-2011 Lr 49/1996 , art 22. gestione SSR: rendiconto economico trimestrale al 30.06.2011 e approvazione modifiche patto 2011;
- DGR n. 2590 del 29-12-2011 Lr 49/1996 , art 22 : gestione del servizio sanitario regionale. rendiconto economico trimestrale al 30/09/2011;

Le Aziende Sanitarie Regionali hanno chiuso l'esercizio 2011 approvando i bilanci di esercizio in conformità alle previsioni della LR 49/96 e sulla base delle indicazioni fornite dalla DCSPS con nota Prot. n.7398/sps-aref del 17/4/2012, mediante adozione dei provvedimenti di seguito indicati:

ASS n. 1 "Triestina"	delibera	n. 148 dd 30/04/2012
ASS n. 2 "Isontina"	delibera	n. 249 dd 30/04/2012
	Integrazione con nota 14965/2012	
ASS n. 3 "Alto Friuli"	delibera	n. 169 dd 30/04/2012
ASS n. 4 "Medio Friuli"	delibera	n. 247 dd 18/05/2012
ASS n. 5 "Bassa Friulana"	decreto	n. 252 dd 15/05/2012
ASS n. 6 "Friuli Occidentale"	delibera	n. 178 dd 30/04/2012
AOU di Udine	decreto	n. 371 dd 27/04/2012
AOU di Trieste	decreto	n. 130 dd 15/05/2012
AO di Pordenone	delibera	n. 87 dd 30/04/2012
IRCCS CRO	delibera	n. 58 dd 30/04/2012
IRCCS BURLO	decreto	n. 146 dd 24/05/2012

Tutte le Aziende hanno regolarmente trasmesso i predetti provvedimenti ai rispettivi Collegi sindacali e alle Conferenze dei Sindaci o alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale e, ove previsto, alle Università, per l'acquisizione del relativo parere. Le relazioni dei Collegi sindacali sono state trasmesse a corredo dei relativi atti aziendali; Sono stati trasmessi anche i pareri della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria sociale e sociosanitaria regionale. Non risultano essere pervenuti i pareri nè da parte delle Conferenze dei Sindaci nè dalle Università.

La Relazione si articola nei seguenti tre capitoli:

- il capitolo 1 descrive l'attività svolta dal SSR nel suo complesso nell'anno 2011 nei vari ambiti di intervento;

- il capitolo 2 illustra per ciascuna Azienda il livello di raggiungimento degli obiettivi aziendali definiti dalle Linee progettuali regionali 2011,

- il capitolo 3 illustra l'andamento dei livelli di attività sanitaria garantiti nel 2011 dal SSR.

La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi del Patto tra la Regione ed i Direttori Generali ai fini della corresponsione della quota incentivante sarà oggetto di apposito atto della Giunta Regionale.

In ottemperanza a quanto previsto dal comma 2, articolo 10 L.R. n. 12/09, che ridefinisce l'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, gli atti relativi al controllo annuale dell'esercizio 2011 del SSR sono adottati dal Direttore Centrale della Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali.

1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2011

1.1 IL QUADRO GENERALE

A fronte del permanere di un contesto di accentuata scarsità di risorse il 2011 è stato caratterizzato da un sostanziale mantenimento delle risorse a disposizione del SSR e dallo svolgimento di attività di consolidamento dello sforzo di razionalizzazione del sistema sanitario al fine di consentire un corretto ed equilibrato uso delle risorse senza penalizzare i livelli di qualità raggiunti e le aspettative dei cittadini.

A questo fine è stato mantenuto per tutto il 2011 un attento controllo delle dotazioni del personale con un stringente governo delle dinamiche di sostituzione del medesimo tendenti a privilegiare la componente assistenziale a diretto supporto dell'attività sanitaria e comprimendo quanto più possibile quelle di supporto logistico e amministrativo.

Sono proseguite inoltre le iniziative per un miglior coordinamento delle attività di area vasta che tuttavia hanno presentato risultati difformi con maggiori volumi di accordi e attività nell'Area vasta udinese e minore sviluppo nelle Aree vaste giuliano-isontina e pordenonese , dove si scontano ancora alcune difficoltà relazionali-organizzative fra le aziende del sistema .

Contestualmente le singole aziende hanno proceduto ad attivare nuove attività e strutture, come riportato nel paragrafo 1.2 del presente documento.

E' proseguito il lavoro di approfondimento e analisi sulla nuova e più razionale ed economica organizzazione delle funzioni ospedaliere definite coordinate dal PSSR 2010- 2012 che dovrebbero portare nel corso del 2012 alla conclusione dei lavori previsti .

Gli sviluppi del PSSR 2010-2012 nel 2011 sono stati influenzati dalle aspettative legate al dibattito sul futuro assetto organizzativo della Regione. Questo ha determinato un riposizionamento di alcune attività pianificatorie in funzione di possibili assetti futuri; tuttavia nel corso dell'anno sono stati ugualmente sviluppati e approfonditi contenuti e temi di lavoro riferiti ad alcuni piani specifici in primis quello già in essere della prevenzione , cui vanno associate le attività propedeutiche per la preparazione del piano delle malattie oncologiche e del materno infantile .

1.2 L'ATTUAZIONE DELLA PROGETTUALITÀ DEL SSR

Come previsto nel Consolidato preventivo , alcune aziende, oltre che ad orientare la propria attività sostanzialmente al mantenimento e al consolidamento degli attuali livelli di offerta sanitaria, con attenzione continua al miglioramento dei livelli di qualità, hanno intrapreso azioni di ampliamento e di sviluppo di nuove attività e strutture, soprattutto su versante dell'assistenza territoriale, ad esempio, nel 2011:

- Sono stati attivati 12 p.l. di RSA a Gemona, 4 posti letto di Hospice presso l'RSA di Palmanova, 1 posti letto nell' Hospice di Latisana;
- A Tolmezzo e a Latisana è stato potenziato il CSM portando l'apertura sulle 24 h;
- A Gemona è stata riattivata l'offerta residenziale psichiatrica (capienza massima n. 7 utenti) e semiresidenziale (capienza massima 5 utenti);
- A Udine, in adiacenza all' I.M.F.R. "Gervasutta" di Udine, è stata attivata la nuova struttura del Centro Gravi Gravissimi con annesso Centro Diurno (20 posti di residenziale sulle 24 ore più 4 per le emergenze/sollievi e 25 posti di diurno); Il 14 aprile è iniziata l'attività del centro diurno, al 31 dicembre 2011 erano presenti 22 ospiti - ed il 15 giugno la residenza protetta – al 31 dicembre erano presenti 13 ospiti- oltre agli accoglimenti di sollievo;
- E' stata attivata la sperimentazione gestionale di otto posti letto per anziani con problemi di salute mentale "residenzialità per utenti anziani e con altre disabilità importanti del DSM" presso la Struttura per Anziani gestita da Sereni Orizzonti di Risano con l'inserimento di 8 utenti;
- Sono stati aperti i Centri Territoriali di Manzano e Mortegliano;
- È stata attivata la Guardia attiva di Pediatria a Palmanova;
- È stata attivata la SOC di Medicina del Dolore e Palliativa nel Distretto ovest della Bassa Friulana.

Da un'analisi complessiva sull'andamento dei livelli di attività istituzionale garantiti nel 2011 dal SSR si rileva , in sintesi, quanto segue:

SUL VERSANTE DELL'ATTIVITÀ DISTRETTUALE

- ✓ A fronte di un lieveaumento complessivo di posti letto di RSA (771del 2010 vs 775 del 2011), sono incrementate le giornate di degenza dello 0.5% ma è calato il n.ro totale delle dimissioni di – 1.1 %;
- ✓ In crescita il n.ro totale delle dimissioni da Hospice e delle giornate di degenza rispettivamente del 19.4% (845 del 2010 vs 1.009 del 2011) e del 23.3% (14.124 del 2010 vs 17411 del 2011), dovuto sia all'incremento di nuovi posti letto (come nel caso dell'ASS5 a Palmanova e a Latisana) sia all'entrata a regime dell'Hospice dell'ASS4 (aperto dal 20/09/2010). (Nella rilevazione manca sempre l'attività presso l'Hospice di Aviano);
- ✓ Complessivamente sono incrementati gli accessi infermieristici domiciliari dello 0.6% pari a +3612 accessi, a fronte di un calo degli utenti trattati del 1.1%;
- ✓ La copertura assistenziale riabilitativa domiciliare dei residenti ultra 65enni è in crescita rispetto al 2010 , 3.6 nel 2011 vs 3.4 nel 2010, con +4.3% (+ 487casi) di utenti trattati nel 2011;

SUL VERSANTE ATTIVITÀ DI RICOVERO

- ✓ Prosegue il trend in diminuzione della spedalizzazione dei residenti, il tasso di ospedalizzazione dei residenti in FVG , esclusa fuga exstraregionale, è sceso ulteriormente da 152.30 ‰ del 2010 a 149. 03 ‰ del 2011. Ciò è attribuibile in particolare ad un calo di ricoveri ordinari di tipo chirurgico (- 2.9%), infatti, nel contempo, si osserva, in termini di appropriatezza degli interventi, un aumento degli interventi chirurgici ambulatoriali relativi ai DRG inappropriati, tunnel carpale e cataratta, rispettivamente del 10.5% e del 15.5% rispetto al 2010;
- ✓ Il tasso di occupazione dei posti letto a livello regionale, a fronte di una riduzione di posti letto ordinari (- 59) e di DH (- 3), quello ordinario è salito rispetto al 2010 del 1% , quello in DH si è contratto del 1.7%, mentre la degenza media rilevata è rimasta tendenzialmente stabile rispetto al 2010, attestandosi a 7.96 per l'ordinario (7.90 nel 2010) e 3.54 per il DH (3.57 nel 2010);
- ✓ Si è inoltre verificato un aumento dell'utilizzo dei posti letto per il trattamento delle post acuzie (dimissioni: +14%, numero di giornate di degenza in post-acuzie: +8 %).
- ✓ Un calo complessivo dei parti di 4.3%;
- ✓ Un decremento di 1.23%, pari a 5.796 accessi, in meno in Pronto soccorso, in particolare di codici bianchi (- 8.2%)

Si ricorda che dal 1° gennaio 2011, conformemente alle previsioni del PSSR 2010-2012, gli ospedali di rete e le funzioni ospedaliere degli ospedali ex art. 21 della provincia di Pordenone afferiscono all'Azienda ospedaliera S.M. degli Angeli di Pordenone

SUL VERSANTE ATTIVITÀ AMBULATORIALE

- ✓ Il volume di attività di prestazioni ambulatoriali a residenti del FVG è aumentato dello 0.4%(60.588 prestazioni in piu rispetto al 2010) ed è aumentata l'offerta complessiva di prestazioni specialistiche fornite da strutture pubbliche e private dello 0,4% (pari a 74.410),

I dati, qui sinteticamente esposti, sono illustrati con maggior dettaglio nelle tabelle riportate al capitolo 3.1 della presente Relazione.

È proseguito da parte delle Aziende sanitarie il costante impegno sul fronte dell'attività di prevenzione, dei percorsi di qualità della cura, tra cui l'accreditamento di funzioni e strutture, della sicurezza e governo clinico, dell'attenzione alle malattie cronico degenerative e dell'appropriatezza prescrittiva.
Di seguito sono illustrati i risultati complessivamente ottenuti dal SSR nel 2011 rispetto a quanto previsto dal programma preventivo consolidato approvato con DGR 597/2011, in particolare sono trattati i seguenti temi:

- contenimento dei tempi d'attesa;
- prevenzione;
- assistenza sanitaria;
- integrazione socio-sanitaria;
- sistemi informativi.

1.2.1. CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA

Nel corso del 2011, in continuità con le indicazioni regionali e in linea con le indicazioni nazionali è stato formalizzato il nuovo Piano Regionale per la Gestione delle Liste d'Attesa (PRGLA), approvato con DGR 1439 dd. 28/07/2011. Tale riferimento raccoglie e struttura organicamente le indicazioni precedentemente formulate in tema di tempi d'attesa alla luce anche delle attuali tematiche di revisone dell'appropriatezza delle prestazioni, prevedendo lo sviluppo di specifici criteri di priorità per le prestaizioni che presentano criticità e sono oggetto di monitoraggio. Sono state confermate inoltre le indicazioni di aggregazione della domanda, dell'offerta e della gestione dei tempi d'attesa a livello di Area Vasta, in modo da perseguire obiettivi di maggior uniformità e equità delle cure.

I risultati registrati dalle aziende hanno evidenziato poche criticità episodiche a livello di singola Area Vasta, sottolineando il buon effetto della gestione aggregata e del buon livello di governo ottenuto. Di particolare rilevanza il fatto che l'Area Vasta Udinese sia riuscita a contenere i tempi d'attesa di tutte le prestazioni per tutto il 2011 entro i termini previsti.

1.2.3 PREVENZIONE

In continuità con la programmazione degli anni precedenti e del Piano Regionale Prevenzione 2005-2007 (prorogato al 31.12.2009), nel 2011 l'attività di prevenzione delle Aziende ha trovato il proprio principale riferimento nei progetti e programmi inquadrati nel nuovo Piano Regionale Prevenzione, adottato con D.G.R. 2757 del 29 dicembre 2010.
Ai programmi di sorveglianza hanno partecipato attivamente tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie regionali (sorveglianza PASSI, con campioni di popolazione significativi ai fini della rappresentatività regionale ed aziendale, ed OKkio alla salute, per il quale è stata realizzata la diffusione dei risultati), contribuendo così ad aggiornare la conoscenza dello stato di salute della popolazione, riportato nel Profilo di salute del PRP 2010-2012.
Significativo nel 2011 l'impegno per la prevenzione delle malattie croniche, attraverso la promozione di corretti stili di vita (nel quadro di Guadagnare Salute): promozione dell'attività motoria e di una corretta alimentazione, prevenzione del fumo, interventi specificamente orientati a contrastare l'assunzione di alcol per lavoratori impegnati in attività a rischio; inoltre sono stati realizzati progetti e attività per la prevenzione di incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), la prevenzione delle malattie infettive, la prevenzione secondaria dei tumori di cervice uterina, mammella e colon .
In questi ambiti sono da segnalare:

- Interventi di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione per la prevenzione degli infortuni in edilizia e partecipazione al progetto ISPESL, di sorveglianza degli infortuni gravi e mortali e delle malattie professionali;
- Partecipazione al progetto SicuraMENTE, con programmi ed interventi inseriti nei curriculum scolastici, nel quadro di una collaborazione strutturata tra Sanità, Scuola, Trasporti, FVG-Strade;
- Prosecuzione delle azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute;
- Realizzazione di iniziative/programmi di formazione sulla prevenzione degli incidenti domestici, per l'empowerment di coloro che gestiscono le fasce di popolazione a maggior rischio (bambini e anziani);
- Prosecuzione dei programmi di vaccinazioni infantili, compreso l'HPV, e delle attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale;
- Prosecuzione dei programmi di screening oncologico con l'obiettivo di migliorare l'adesione allo screening colon retto e migliorare la qualità della base dati anagrafica.

- Per la prevenzione dell'obesità e la promozione di una corretta nutrizione, produzione della bozza aggiornata delle Linee Guida per la ristorazione collettiva e proseguito le azioni di promozione dell'allattamento al seno (con la rilevazione e l'inserimento dati nel sistema applicativo regionale).
- Per la sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria :
- È stato attuato il Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare;
- Sono stati organizzati eventi formativi per il personale su problematiche applicative del c.d. "Pacchetto Igiene";
- Si è provveduto a razionalizzare e uniformare le procedure operative del controllo ufficiale anche alla luce del Sistema informativo per i Servizi Veterinari e per i Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.S.A.Ve.R);
- Sono stati realizzati progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE.
- È proseguito il progetto Piccole Produzioni Locali PPL che con i formaggi di malga ha trovato ampia diffusione, garantendo così, ulteriormente, la salubrità del prodotto e la sicurezza alimentare.

Agli obiettivi di prevenzione ha dato un contributo sostanziale anche il mondo esterno alla sanità - in primis scuola, comuni, Federsanità ANCI, associazioni - continuando e consolidando la connotazione di apertura e collaborazione realizzata sia a livello locale che a livello regionale in questi ultimi anni.

1.2.4 ASSISTENZA SANITARIA

Il programma di **accreditamento** regionale delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di degenza e ambulatoriali è stato approvato in via definitiva con la delibera giuntale n.1436/2011. Le strutture pubbliche hanno già concluso il processo di autovalutazione per i requisiti di accreditamento, di cui alla DGR 1436/2011, nell'anno 2010 e, per l'anno 2011, è proseguito il percorso di autovalutazione con le liste di verifica relative ai requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie residenziali (RSA e Hospice) e ai nuovi requisiti di procreazione medicalmente assistita (PMA) e Medicina Trasfusionale.

Inoltre è stata approvata la DGR n. 1437/2011 che individua il fabbisogno, ai fini dell'accreditamento istituzionale, nella branca specialistica di oculistica delle strutture ambulatoriali private autorizzate allo svolgimento di interventi sul cristallino.

Tutte le aziende hanno individuato un referente per le procedure di autorizzazione e accreditamento che ha partecipato al tavolo di lavoro regionale e sono stati individuati ulteriori professionisti sanitari per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private. La Direzione centrale ha svolto tre edizioni (Udine, Pordenone e Monfalcone) del corso di formazione per i valutatori dell'accreditamento istituzionale nei mesi di ottobre e novembre 2011.

Nel corso del 2011 la Direzione Centrale Salute ha effettuato, previo sopralluogo nelle sedi di attività, la certificazione congiunta con il Centro Nazionale Trapianti dei due centri di PMA pubblici di terzo livello e del centro di PMA privato di secondo livello in applicazione alla direttiva Europea 2004/23/CE e alle direttive tecniche 2066/17/CE e 2006/86/CE, nonché del relativo recepimento della legislazione italiana (D.Lgs. 191/2007).

In ambito **farmaceutico**, le Aziende hanno proseguito le attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva, anche in ambito di Area Vasta (prontuario di Area Vasta) con particolare riguardo ai farmaci specialistici e ad alto costo. Nell'ambito dei medicinali equivalenti, inoltre, le Aziende hanno implementato le attività di monitoraggio, formazione (MMG/PLS e specialisti) e incentivazione sui medicinali a brevetto scaduto, seppur non siano stati ancora

raggiunti i target prescrittivi individuati dall'AIFA e dal MEF (ai sensi del DL 78/2010), per i quali vi è quindi ancora un buon margine di miglioramento.
Per i medicinali soggetti a Registri AIFA gli enti del SSR Aziende hanno dato attuazione alla registrazione delle prescrizioni sul portale AIFA dedicato e hanno individuato e definito i percorsi e le procedure per il recupero dei rimborsi secondo quanto fissato a livello centrale. Per i farmaci oncologici è stata inoltre implementata la registrazione in cartella oncologica informatizzata dei campi essenziali (95% campi essenziali per il 95% dei pazienti). L'attività è ormai a regime in quasi tutte le strutture del SSR.
In tema di distribuzione diretta le Aziende, al fine di garantire la continuità assistenziale, hanno assicurato l'erogazione del primo ciclo terapeutico completo per il periodo immediatamente successivo alla dimissione da ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale (art.8, c.1 lettera c) del DL 347/2001). Inoltre sono stati implementati i percorsi per la messa a regime della distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale semiresidenziale.
Per quanto attiene invece alle attività di distribuzione diretta dei medicinali del PHT, sicuramente nel corso dell'anno si sono riscontrate alcune criticità, tra cui quelle relative alla stabilizzazione del personale (farmacisti), tuttavia non si è registrata una riduzione del residuo PHT sulla convenzionata rispetto all'anno 2010, attestandosi sugli stessi valori del 2010. Relativamente alla Distribuzione per Conto (DPC) di cui all'art. 8,comma 1, a) del DL 347/2001, l'ASS6 nel marzo 2011 ha avviato la DPC sul proprio territorio, mentre l'Area Vasta Udinese ha siglato un accordo nel dicembre 2011, prevedendone l'avvio nei primi mesi del 2012.
Infine, relativamente all'assistenza integrativa sono stati attivati/mantenuti percorsi di distribuzione diretta dei vari prodotti, seppur si riscontra ancora una certa disomogeneità tra le Aziende

Nel corso del 2011 sono stati individuati e condivisi con i referenti aziendali delle strutture pubbliche e private accreditate obiettivi e indicatori del programma regionale di **qualità e sicurezza del paziente** e della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza rispetto a standard omogenei, anche con scambio di esperienze e supporto reciproco.
È stata data attuazione al nuovo programma regionale e tutte le aziende hanno trasmesso entro il termine previsto il documento consuntivo sui risultati raggiunti in tema di sicurezza del paziente e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. I referenti aziendali hanno partecipato agli incontri per la definizione del sistema di reporting e di un programma di miglioramento delle performance, e tutti gli ospedali e le case di cura accreditate hanno partecipato alla prima rilevazione di prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza. Inoltre tutte le aziende e le case di cura accreditate hanno partecipato alla Call for good practice 2011 con l'inserimento di almeno una buona pratica nel database AGENAS.

Il tavolo di lavoro avviato nel corso del 2010 presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri della Direzione centrale salute ha completato nel 2011 il documento sul "Nuovo regolamento prestazioni protesiche/integrative erogate dal SSR" riguardante i percorso di **assistenza protesica** personalizzata, percorsi semplificati nella continuità assistenziale e nella presa in carico territoriale, percorsi di assistenza farmaceutica integrativa regionale, la dotazione di dispositivi nelle strutture di accoglimento residenziale per finalità assistenziali e negli hospice, le proprietà dei dispositivi forniti, i dispositivi extratariffario/riconducibili e casi particolari di fornitura di dispositivi (dispositivi per la comunicazione; ortesi per piede diabetico; protesi acustiche; dispositivo per ventilazione meccanica positiva durante il sonno).
Sono stati inoltre ridefiniti i requisiti dei fornitori dei dispositivi su misura di serie adattati, di serie secondo il DM 332/99 e le procedure per la gestione dell'elenco regionale degli stessi.

Sono proseguite le attività inerenti alla rete delle **cure palliative.** In base a quanto previsto sia dalla norma statale, Legge 38/2010, che dalla norma regionale LR 10/2011, le aziende hanno provveduto a partecipare a specifici tavoli tecnici nominati dalla Direzione Centrale Salute, con l'obiettivo di identificare i migliori modelli di rete multidisciplinare in grado d'integrare le risorse professionali e strutturali già esistenti nelle strutture sanitarie regionali, al fine di creare una rete che possa garantire un'integrazione tra le cure palliative e la terapia del dolore e gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio, e di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare definendo la natura, le caratteristiche ed il ruolo dei vari attori.
Sono stati analizzati gli strumenti di valutazione del dolore e la registrazione nei documenti sanitari sia medici che infermieristici utilizzati in ambito territoriale (RSA. Hospice, assistenza domicialire).
Parallelamente le aziende sanitarie hanno organizzato percorsi di formazione per tutti i professionisti che lavorano per le due reti ed hanno provveduto a registrare gli indicatori qualitativi e quantitativi necessari per partecipazione alle varie fasi del monitoraggio previsto dal Ministero.

Per quanto riguarda la **rete oncologica** è stato attivato un complesso percorso di analisi partecipata, fra professionisti e portatori di interesse, suddiviso in vari step :

1. Analisi e valutazione dello stato di realizzazione del piano scaduto;
2. Analisi e descrizione dei mutamenti verificatisi nel decennio in corso nel mondo oncologico in ambito nazionale ed internazionale;
3. Analisi e descrizione dei possibili trend evolutivi del mondo oncologico nel medio periodo in ambito nazionale ed internazionale con le prevedibili ricadute in ambito regionale

L'esito di questa attività che ha visto anche il coinvolgimento di competenze professionali esterne di rilievo nazionale ha prodotto un articolato quadro di analisi descrittiva delle problematiche in essere e delle principali soluzioni praticabili nell'ambito di una nuova pianificazione delle attività oncologiche per gli anni a venire.

Nell'ambito dell'attività di **trapianto**, le aziende hanno proseguito le attività già sviluppate negli anni precedenti, intese a monitorare la funzionalità complessiva del sistema e di alcune aree ritenute rilevanti.
In particolare è stata consolidata e perfezionata l'attività di procurement di organi e ,soprattutto di tessuti, dalla quasi totalità delle Aziende sanitarie.
Inoltre, tutte le aziende sono state impegnate ad intervenire per garantire la tracciabilità dei processi di donazione con particolare attenzione alla sicurezza del percorso donazione-trapianto, con l'implementazione della nuova scheda di segnalazione degli eventi avversi.
Il Centro Regionale Trapianti (CRT) ha continuato a garantire l'operatività delle rete regionale h 24, in collaborazione con le aziende sanitarie regionali, nell'ottica del continuo e progressivo miglioramento qualitativo.
E' stata migliorata l'attività di monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acuta, con conseguente attivazione delle commissioni per l'accertamento della morte cerebrale.

Nel corso del 2011 le Aziende si sono impegnate inoltre nel mantenimento dell'autosufficienza in **sangue ed emocomponenti**, garantendo la raccolta di sangue intero e di plasma per il frazionamento industriale (con un incremento medio dell'1 e 2 %, rispettivamente, in rapporto al 2010) e consolidando il mantenimento dell'attuale offerta donazionale, in accordo con le Associazioni e Federazioni del Volontariato del Sangue, nella raccolta in centri fissi e mobili della Regione, con calendari di intervento della raccolta mobile territoriale definiti in accordo tra i tre dipartimenti di area vasta.
Sul versante organizzativo è stato prodotto e presentato al Comitato Tecnico per il Servizio Trasfusionale uno studio di fattibilità per la realizzazione, presso la SOC di Medicina Trasfusionale di

Palmanova, di un unico polo di frazionamento per la produzione emocomponenti semplici. Ciò allo scopo di razionalizzazione e qualificazione del processo trasfusionale e a garanzia di qualità certificabile secondo GPs nella produzione di plasma da inviare al frazionamento industriale per l'ottenimento di farmaci emoderivati. Risultano quasi completate le azioni di gestione centralizzata per Area Vasta (con l'eccezione del trasferimento della funzione trasfusionale residua di ASS 2 verso AOUTS).
Nel corso del 2011 la Direzione centrale salute ha prodotto gli atti necessari (DGR 2528 del 22.12.2011) per adeguare il sistema ispettivo di autorizzazione/accreditamento delle strutture eroganti attività di medicina trasfusionale alle previsioni dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e ai requisiti organizzativi minimi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica (Rep. Atti n. 242/CSR del 16 dicembre 2010).

Tutte le Aziende, infine, hanno garantito la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale e di verifica dell'appropriatezza trasfusionale coordinati dalla Direzione centrale Salute.

1.2.5 Integrazione socio-sanitaria

Nel corso del 2011, le tre aree vaste hanno analizzato il problema della cronicità e della **continuità assistenziale** nel suo complesso. Sono stati prodotti o revisionati protocolli sui diversi aspetti della continuità assistenziale anche tenendo conto delle specificità e dei bisogni degli utenti delle singole aziende di area vasta. Il tema dell'umanizzazione delle cure è stato contestualizzato in particolare nell'ambito delle strutture residenziali per anziani.

Sul versante della **riabilitazione**, si è completata l'attività dei gruppi di lavoro coordinati dalla Regione per la definizione del percorso del paziente e dei requisiti delle strutture della rete regionale per le Gravi Cerebrolesione Acquisite. Le aree vaste hanno predisposto atti propedeutici per l'attivazione del Dipartimento di Riabilitazione di Area Vasta a garanzia del governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio, con livelli diversi di coinvolgimento e di esplicitazione dei risultati.

Tutti i Dipartimenti di **salute mentale** hanno portato avanti gli obiettivi previsti dai rispettivi piani aziendali, in particolare la definizione e sperimentazione di modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale. Grande attenzione è stata posta ad attività di formazione condivisa con la medicina generale su specifiche aree critiche.
Tutte le aziende interessate hanno realizzato l'obiettivo di predisposizione degli atti propedeutici per l'apertura dei CSM h24, ed alcune sono riuscite a garantire questa funzionalità già nel corso del 2011.

Per quanto riguarda l'area del **materno infantile,** le Aziende sanitarie, sedi di punti nascita, si sono attivate per l'effettuazione dei test di screening uditivo su tutti i nuovi nati.
Le aziende sedi di centri di procreazione medicalmente assistita hanno partecipato ai lavori per la definizione di un percorso per le coppie che accedono alle tecniche di fecondazione assistita, percorso successivamente discusso e condiviso con i referenti di tutte le aziende regionali.
Le aziende, infine, seppure orientandosi su tematiche differenti, hanno affrontato la problematica relativa alla continuità delle cure di bambini affetti da patologie croniche.

In tema di **governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani** non autosufficienti, le singole Aziende per i servizi sanitari hanno provveduto ad identificare un referente aziendale per tutte le attività legate al programma di governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti; hanno formato i propri operatori relativamente ai temi della qualità nelle strutture residenziali per anziani; hanno svolto almeno una visita di audit presso una struttura residenziale del proprio territorio, impostando successivamente un progetto di miglioramento della qualità per la stessa struttura; hanno monitorato l'utilizzo della scheda di valutazione multidimensionale Val.Graf da parte delle strutture residenziali, nonché l'invio dei report trimestrali relativi all'abbattimento retta; hanno convenzionato i servizi semiresidenziali che ne abbiano fatto richiesta, qualora in possesso dei requisiti previsti dalla norma.

Nel corso del 2011 è proseguito l'impegno da parte di tutte le Aziende territoriali nell'utilizzo sperimentale degli strumenti di valutazione integrata che utilizzano la **Classificazione Internazionale del Funzionamento disabilità e salute (ICF)** sulla base del modello regionale di valutazione e di progettazione personalizzata. Sono stati utilizzati sia la "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF", sia l'applicativo web "FBE-fascicolo biopsicosociale elettronico", strumenti entrambi sviluppati dalla Regione. Sono stati valutati 213 casi di tutte le età, che hanno dato il consenso. Più di 350 operatori delle Aziende sanitarie e dei Servizi sociali dei comuni sono stati impegnati nel programma di formazione regionale e nella valutazione dei casi

Nel 2011 sono riprese, come da previsione, le attività di predisposizione della **pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria** con la produzione a fine anno della bozza delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona. Alla definizione del documento hanno partecipato, unitamente alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, una rappresentanza di responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni e dei Distretti sanitari, nonché delle Unità operative delle ASS deputate alla programmazione. Si è provveduto a conclusione dell'elaborazione della bozza al confronto con tutti i responsabili dei SSC e i direttori di distretto. L'elaborazione delle linee guida ha fatto emergere, fino dall'inizio, la necessità di interfacciare il Piano di zona con il PAL delle ASS in materia di programmazione sociosanitaria per poter dare maggior forza all'impianto programmatorio locale.

Con la predisposizione delle linee guida per l'elaborazione del PDZ è stato sottolineato come prioritario il compito di rafforzare ulteriormente il sistema di lavoro integrato tra Distretto sanitario e Servizio Sociale dei Comuni e di sviluppare e consolidare specifiche azioni nelle aree di integrazione sociosanitaria (materno-infantile; anziani; disabilità; malattie croniche; terminalità; salute mentale; dipendenza patologica), riproponendo come elementi strategici il perseguimento di obiettivi operativi già presenti nel primo ciclo di programmazione locale e che risultano ancor oggi attuali per creare le condizioni necessarie per aumentare l'appropriatezza delle scelte assistenziali e la qualità degli interventi.

Con la predisposizione della bozza delle linee guida per l'elaborazione del PDZ si sono poste inoltre le condizioni per avviare già a gennaio 2012 la fase di concertazione con le diverse parti istituzionali e sociali coinvolte nel processo di programmazione territoriale.

Con le Linee per la gestione del SSR 2012, si è infatti provveduto a definire l'obiettivo strategico per le ASS di partecipare al percorso di elaborazione dei nuovi Piani di zona, strutturando e/o consolidando in condivisione con i Servizi Sociali dei Comuni il sistema locale sociosanitario integrato in tutte le aree di integrazione sociosanitaria.

1.2.6 SISTEMI INFORMATIVI

Lo sviluppo del sistema informativo sanitario regionale ha presentato nel 2011 un quadro di luci ed ombre, sono proseguite con buoni risultati alcune delle attività previste, principalmente quelle di diretta responsabilità aziendale, legate alla diffusione della prescrizione elettronica nelle strutture erogatrici e all'estensione degli applicativi informatici negli ambulatori e nei reparti.
E' proseguito, con tempi complessivamente coerenti alla programmazione regionale, il programma relativo alla diffusione dell'anagrafe unica regionale con relative conseguenze sull'estensione a tutta la Regione del Cup unico.
Permane, invece, un livello insoddisfacente negli sviluppi relativi ad alcune tematiche di rilevanza generale, quali quelle legate alle procedure per la privacy , allo sviluppo di procedure dirette di accesso per i cittadini e alla disponibilità di sistemi di rete per il colloquio fra struttura ospedaliera , rete territoriale (principalmente gli MMG) e cittadino.

1.3 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

1.3.1 IL PERSONALE DIPENDENTE

Le politiche del personale per l'anno 2011 definite dalle Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale si sono orientate a consolidare le progettualità già avviate nel 2010 ed ispirate a principi di maggior efficienza a tutti i livelli del sistema, di razionalizzazione delle risorse e di perseguimento di misure di contenimento della spesa del personale.

Le prescrizioni di risparmio imposte anche agli enti del SSR dalla Legge Regionale n. 24/2009 (legge regionale finanziaria per il 2010), sono state confermate per l'anno 2011 dalla Legge Regionale n. 22/2010 (legge regionale finanziaria per il 2011): sono state ribadite, in sostanza, e fino al rilascio del parere definitivo sugli atti aziendali, le regole in tema di assunzioni già in vigore nel 2010 come anche richiamate dalle Linee di gestione del 2011 e fatte proprie dai singoli PAL/PAO 2011.
La programmazione di personale dipendente a tempo determinato e indeterminato rappresentata dalle aziende nei singoli piani annuali ancorché predisposta nel rispetto delle regole e delle disposizioni di contenimento economico sopra richiamate ipotizzava a livello regionale un parziale recupero della fuoriuscita di personale registratasi complessivamente nel 2010. Tale manovra, tuttavia, non risultava sostenibile sul versante dei costi poiché il recupero di unità di personale complessivamente rappresentato dalle aziende per l'anno 2011 preventivava una ricaduta economica a regime non riassorbibile dal sistema con risorse proprie avuto riguardi al finanziamento complessivamente disponibile per il servizio sanitario regionale.
Conseguentemente il provvedimento di GR n. 597 dell'8 aprile 2011 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2011 e pluriennale 2010-2012 del servizio sanitario regionale" ha prescritto le regole di realizzazione della manovra del personale per il 2011 coordinandole con le disposizioni già in vigore: in costanza del regime di autorizzazione mantenuto dalla L.R. n. 22/2010, la DGR n. 597 ha previsto un'autorizzazione preventiva a carattere generale per determinate assunzioni stabilendo, altresì, un tetto numerico: la manovra di assunzioni di personale nell'anno 2011 doveva essere realizzata con l'obiettivo del mantenimento della forza di personale in essere al 31.12.2010 perché concretamente compatibile con le risorse finanziarie disponibili; si specificava che in tale consistenza numerica sono compresi i supplenti, gli straordinari, nonché il personale somministrato appartenente ai profili del ruolo sanitario e al profilo dell'operatore socio sanitario del ruolo tecnico.
Questo dato ha, dunque, costituito il limite nel corso del 2011 oltre il quale le aziende ed enti del servizio sanitario nazionale non potevano effettuare assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato (compresi supplenti e straordinari).
Eventuali proposte di assunzioni delle singole aziende oltre il tetto numerico di personale in essere al 31.12.2010 sarebbero state valutate dalla Giunta Regionale in sede di approvazione del rendiconto trimestrale compatibilmente all'andamento economico e conformemente ai temi della programmazione regionale.
L'analisi della gestione delle risorse umane del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011 va quindi effettuata in relazione al rispetto dei vincoli economici e numerici richiesti dalla DGR n. 597/2011: pareggio di bilancio da un lato, mantenimento della forza di personale in essere 31.12.2010 dall'altro (salvo deroghe espressamente concesse). Ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR n. 597/2011, il dato di forza di personale riferito al 31.12.2010 sarà quindi costruito con le regole indicate nei vari provvedimenti regionali: conseguentemente esso potrebbe discostarsi da quello elaborato dalla DCSISPS attraverso il sistema informativo con la usuale metodologia di scarico dei dati.

Nel corso dell'anno, sulla base delle regole e parametri per la rideterminazione delle dotazioni organiche fornite con circolare prot. n. 9286 dd. 17.05.2010 della Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, le aziende hanno poi provveduto all'individuazione dei fabbisogni organici attraverso la determinazione dei piani di lavoro per ciascuna struttura organizzativa. E' stata, altresì, confermata anche per il 2011 la necessità di autorizzazione, da parte della DCSISPS, per l'acquisto di prestazioni aggiuntive del personale del comparto ai sensi della L. n. 1/2002 e s.m.e.i. e del personale della dirigenza ai sensi degli articoli 55 del CCNL 8.06.2000 e 18 del CCNL 3.11.2005, con la precisazione che le aziende avrebbero dovuto ricorrere preventivamente agli istituti contrattuali del lavoro straordinario e dell'utilizzo della retribuzione di produttività/risultato.
L'esposizione che segue, rappresenta la dotazione di personale del SSR nel 2011 rilevata dal sistema informativo con i criteri utilizzati nei consueti monitoraggi direzionali. Mentre, il dato di dotazione 2011, ai fini del confronto con il dato 2010 per valutare il rispetto dell'obiettivo richiesto dalla DGR n. 597/2011 necessitando di elementi specifici per la sua costruzione sarà illustrato in apposito successivo paragrafo.
Il perdurare, anche nell'anno 2011, dei vincoli di risparmio già introdotti nel 2010 ha generato un'ulteriore (seppur contenuta) diminuzione di personale dipendente del servizio sanitario regionale: la dotazione di personale alla data del 31.12.2011, rispetto a quella risultante al 31.12.2010 registra, infatti, un calo pari a 17 unità.
In generale, il saldo negativo tra unità in ingresso e unità in uscita nel SSR durante il 2011 si è concentrato principalmente nei primi e negli ultimi mesi dell'anno compensando la crescita di personale registrata nei mesi centrali di maggio e giugno, similmente a quanto accaduto anche nel 2010.
Si presenta, di seguito, la dotazione del personale al 31/12/2010 e al 31/12/2011 del SSR distinta tra Aziende sanitarie regionali e IRCCS. Si precisa che nelle seguenti 2 tabelle riepilogative non sono conteggiati i servizi delegati delle ASS 3, ASS 4, ASS 6.

Aziende/Enti SSR	31/12/2010	31/12/2011	diff. 2011/2010	delta %
TOTALE	**20.129**	**20.112**	**- 17**	**- 0,08 %**

La tabella successiva rappresenta l'andamento a livello aziendale:

AZIENDE	**31/12/2010**	**31/12/2011**	**diff 2011/2010**	**delta %**
ASS 1 Triestina	1269	1265	-4	-0,32%
ASS 2 Isontina	2015	2019	4	0,20%
ASS 3 Alto Friuli	1197	1210	13	1,09%
ASS 4 Medio Friuli	2229	2207	-22	-0,99%
ASS 5 Bassa Friulana	1461	1469	8	0,55%
ASS 6 Friuli Occidentale	1759	988	-771	-43,83%
Azienda Ospedaliera Un. Udine*	3861	3854	-7	-0,18%
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	2928	2927	-1	-0,03%
Azienda Ospedaliera Pordenone	2005	2768	763	38,05%
IRCCS Burlo Trieste	752	743	-9	-1,20%
IRCCS Cro Aviano	653	662	9	1,38%
TOTALE REGIONE	**20129**	**20112**	**-17**	**-0,08%**

* comprende anche il personale universitario

In generale, seppur con differenti comportamenti a livello aziendale, la manovra si è sviluppata con l'obiettivo di assicurare parte del turn over soprattutto del personale del ruolo sanitario al fine di

garantire l'attività ordinaria sul versante assistenziale. L'ampio saldo positivo registrato nell'Azienda Ospedaliera di Pordenone è correlato al trasferimento a far data dal 1 gennaio 2011 delle funzioni ospedaliere degli ospedali ex articolo 21 della provincia di Pordenone, dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli occidentale" all'Azienda Ospedaliero S. Maria degli Angeli di Pordenone, con conseguente passaggio del personale dall'azienda territoriale all'azienda ospedaliera.

La distribuzione del personale dipendente del SSR per ruolo, categoria contrattuale e profilo professionale è illustrata nella sottostante tabella (in calce alla stessa è stato evidenziato il personale appartenente ai Servizi delegati gestiti dalle ASS n° 3 "Alto Friuli", n° 4 "Medio Friuli" e n° 6 "Friuli Occidentale").

	ASS1	ASS2	ASS3	ASS4	ASS5	ASS6	AOU TS	AOU. UD	AO.PN	BURLO TS	C.R.O AVIANO	TOT 31/12/11
RUOLO SANITARIO												
Dirigenti Sanitari	**60**	**38**	**26**	**47**	**30**	**42**	**33**	**48**	**25**	**15**	**44**	**408**
di cui responsabili di SOC	4	1	1	1	1	1	3	2	1		3	18
Profili												
Biologi	1	8	2	3	4	1	12	24	13	7	26	101
Chimici	2	2		1	3	1	1	1	2	1	1	15
Dirigenti delle professioni sanitarie	8	1	0	2	2	2	1	3	1		2	22
Farmacisti	5	7	4	8	5	6	8	10	7	3	6	69
Fisici	1						8	7	1		7	24
Psicologi	43	20	20	33	16	32	3	3	1	4	2	177
Comparto sanitari	**644**	**1104**	**642**	**1135**	**788**	**535**	**1543**	**1938**	**1441**	**392**	**280**	**10442**
Infermieri	455	756	451	709	583	341	1086	1466	1037	246	183	7313
Coll.prof .san. assistente sanitario	30	27	7	49	12	49	7	8	9		2	200
Altro personale infermieristico	17	31	25	45	23	17	6	52	39	60	1	316
Personale di assistenza	36	101	65	40	64	22	149	79	131	38	4	729
Tecnici diagnostici e Tecnici di assitenza	2	91	34	32	54	0	230	300	172	34	90	1039
Tecnici prevenzione e ambienti di lavoro	22	22	13	52	9	39		3				160
Personale della riabilitazione	82	76	47	208	43	67	65	30	53	14	0	685
Dirigenti medici e veterinari	**130**	**298**	**165**	**288**	**236**	**99**	**433**	**637**	**444**	**124**	**114**	**2968**
Dirigenti medici	**120**	**289**	**156**	**258**	**225**	**76**	**433**	**637**	**444**	**124**	**114**	**2876**
di cui responsabili di SOC	17	34	20	28	25	13	20	53	45	10	17	282
Dirigenti veterinari	**10**	**9**	**9**	**30**	**11**	**23**						**92**
di cui responsabili di SOC	1	1	1	2	1							6
Totale ruolo sanitario	**834**	**1440**	**833**	**1470**	**1054**	**676**	**2009**	**2623**	**1910**	**531**	**438**	**13818**
RUOLO TECNICO												
Dirigenti tecnici	**2**	**1**	**1**	**5**	**0**	**2**	**1**	**5**	**1**	**1**	**2**	**21**
di cui responsabili di SOC				1			1					2
Analista		1					1	1				3
Sociologi	1		1	5		2		4				13
Statistico	1								1	1	2	5
Comparto Tecnico	**231**	**421**	**266**	**498**	**303**	**179**	**708**	**850**	**630**	**127**	**147**	**4360**
Assistente tecnico	15	3	3	10	14	1	15	17	5	4	6	93
Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	5	65	26	36	3	7	122	126	61	11	33	495
Aus.Spec.Serv.Tec.Economali	1	15	8	11	6	10	7	16	10	4	4	92
Col.Prof.Assist.Soc.Esperto	3	5	2	2	2							14
Col.Prof.Assistente Sociale	27	5	8	23	5	17		3	2	1		91
Col.Tecn.Prof.Esperto	3	3	1	3	1			3	4	1		19

Col.Tecn.Professionale	10	8	5	8	2	4	37	25	11	3	2	115
Op.Tecn.Addetto Assistenza	4	11	2	12	10	5	13	21	9	4	5	96
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		3	3	11	3	4		5	12	1	4	46
Op.Tecnico Specializzato	20	38	5	35	14	4	47	19	36	5	11	234
OP.Tecnico Specializzato Esperto	20	12	27	17	15	6	27	45	35	1	8	213
Operatore Socio Sanitario	117	209	161	275	188	91	360	514	372	64	44	2395
Operatore Tecnico	5	44	15	55	40	30	80	56	73	27	27	452
Programmatore	1									1	3	5
Totale ruolo tecnico	**233**	**422**	**267**	**503**	**303**	**181**	**709**	**855**	**631**	**128**	**149**	**4381**
RUOLO AMMINISTRATIVO												
Dirigenti amministrativi	**12**	**5**	**7**	**11**	**4**	**6**	**9**	**14**	**10**	**4**	**5**	**87**
di cui responsabili di SOC	3	3	1	6	1	2	3	5	3	2		29
Comparto ammnistrativi	**182**	**150**	**102**	**218**	**105**	**123**	**193**	**353**	**213**	**77**	**68**	**1784**
Totale ruolo amministrativo	**194**	**155**	**109**	**229**	**109**	**129**	**202**	**367**	**223**	**81**	**73**	**1871**
RUOLO PROFESSIONALE												
Dirigenti professionali	**4**	**2**	**1**	**5**	**3**	**2**	**7**	**6**	**4**	**3**	**2**	**39**
di cui responsabili di SOC	1	1		1	1	2	4	3	2	3	1	**19**
Comparto prof Assistente Religioso								3				**3**
Totale ruolo professionali	**4**	**2**	**1**	**5**	**3**	**2**	**7**	**9**	**4**	**3**	**2**	**42**
TOTALE PER ATTIVITA' SANITARIE	**1265**	**2019**	**1210**	**2207**	**1469**	**988**	**2927**	**3854**	**2768**	**743**	**662**	**20112**
SERVIZI DELEGATI												
Personale servizi in delega			80	133		90						**303**
TOTALE FVG (compresi servizi in delega)	**1265**	**2019**	**1290**	**2340**	**1469**	**1078**	**2927**	**3854**	**2768**	**743**	**662**	**20415**

* comprende il personale universitario della sola azienda ospedaliera universitaria di Udine "Santa Maria della Misericordia. Si segnala pertanto che il personale universitario, alla data del 31 dicembre 2011, è presente anche nelle seguenti Aziende:

- Azienda per i Servizi sanitari n. 1 "Triestina" : n. 3 Dirigenti Medici Responsabili di SOC;
- Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti "di Trieste : n. 59 Dirigenti Medici di cui n. 21 Responsabili di SOC ;
- Istituto di Ricovero e Cura di Trieste a Carattere Scientifico "Burlo Garofalo" : n. 9 Dirigenti Medici di cui n. 5 Responsabili di SOC e n. 3 Dirigenti Biologi

La distribuzione della dotazione del personale dipendente regionale per ruolo è illustrata nella successiva tabella.

RUOLO	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011	diff. 2011/2010
Sanitario	14.022	13.770	13.818	48
di cui col.prof.san.infermieri cat. D	6.434	6.435	6.520	85
Tecnico	4.482	4.397	4.381	-16
di cui operatori socio sanitari cat BS	2.303	2.332	2.395	63
Amministrativo	2.058	1919	1.871	-48
Professionale	45	43	42	-1
TOTALE SSR	**20.607**	**20.129**	**20.112**	-17

I dati delle tabelle e relative categorie meritano alcuni cenni di approfondimento.

Il ruolo **sanitario** considerato nel suo insieme complessivo registra un incremento di personale in dotazione di n. 48 unità; alla data del 31.12.2011 il personale appartenente al ruolo sanitario del SSR raggiunge un dato complessivo di 13.818 unità. Giova, infatti, rilevare che pur a fronte di un obiettivo generale di risparmio delle risorse economiche e di riequilibrio delle dotazioni organiche, il sistema sanitario nel 2011 ha aumentato complessivamente il personale infermieristico: alla data del 31.12.2011, il SSR raggiunge, infatti, un dato complessivo di **6892** collaboratori professionali sanitario – infermieri (D e Ds), registrando un incremento di **+ 68** di unità rispetto al dato 2010 (6824). Per quanto riguarda gli infermieri professionali appartenenti alla sola categoria D il numero complessivo al 31.12.2011 è pari a 6520 unità, evidenziando un incremento di + 85 unità rispetto al 2010 (6435).
Il numero dei dirigenti medici e veterinari del SSR si attesta ad un dato complessivo di n. 2968 unità, di cui n. 2876 dirigenti medici e n. 92 dirigenti veterinari, mentre sono 1045 le unità di personale riconducibile alla categoria "altro personale infermieristico" e "personale di assistenza". La consistenza del personale della riabilitazione al 31.12.2011 risulta di n. 685 unità, mentre i tecnici del ruolo sanitario (tecnici diagnostici/tecnici di assistenza e tecnici della prevenzione e ambienti di lavoro) si attestano complessivamente a n. 1199 unità.
Il ruolo **tecnico**, complessivamente inteso, nel corso dell'anno 2011 registra una diminuzione di n. 16 unità. Si evidenzia, tuttavia, un aumento significativo di unità del profilo professionale OSS, categoria Bs, che registra un dato complessivo al 31.12.2011 di 2395 unità (63 unità in più rispetto al 31.12.2010).
Si registra un lievissimo calo (- 1 unità), nel ruolo **professionale** che al 31.12.2011 registra un dato complessivo pari a 42 unità, di cui 39 sono dirigenti.
Continua, in linea con il 2010, il calo del personale del ruolo **amministrativo**: - 48 unità rispetto al dato registrato nel 2010. Alla data del 31.12.2011 la dotazione di personale amministrativo è pari a 1871 unità di cui 1784 unità appartengono al comparto e 87 alla dirigenza.
Per quanto riguarda la manovra riferita alla dirigenza delle professioni sanitarie si rileva che alla data del 31.12.2011 risultano n. 22 unità in servizio (+ 1 unità rispetto al dato censito nel 2010); di queste, 3 unità risultano titolari di un incarico di direzione di SC (ASS 1, ASS 5 e AOU TS).
Si rappresenta, di seguito, la distribuzione nelle diverse aziende dei dirigenti delle professioni sanitarie al 31.12.2011:

AZIENDE	31/12/2011
ASS 1 Triestina	8
ASS 2 Isontina	1
ASS 3 Alto Friuli	0
ASS 4 Medio Friuli	2
ASS 5 Bassa Friulana	2
ASS 6 Friuli Occidentale	2
Azienda Ospedaliera Un. Udine	3
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	1
Azienda Ospedaliera Pordenone	1
IRCCS Cro Aviano	2
TOTALE REGIONE	**22**

In termini assoluti nel corso del 2011 il part-time è passato da 2525 persone (dato del 2010) a 2386 evidenziando una significativa diminuzione (139).
Il dato dei rapporti a tempo parziale corrisponde all'11,86% del totale del personale dipendente, rilevando un decremento rispetto al dato del 2010 pari allo 0,68%.

Con riferimento al personale supplente, va evidenziato un lieve incremento rispetto al dato del 2010:

Supplenti AZIENDE	**31/12/2010**	**31/12/2011**	**diff 2010/2011**
ASS 1 Triestina	2	0	**-2**
ASS 2 Isontina	6	16	**10**
ASS 3 Alto Friuli	6	5	**-1**
ASS 4 Medio Friuli	6	14	**8**
ASS 5 Bassa Friulana	12	6	**-6**
ASS 6 Friuli Occidentale	5	0	**-5**
Azienda Ospedaliera Un. Udine	25	22	**-3**
Azienda Ospedaliera Pordenone	11	12	**1**
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	2	6	**4**
IRCCS Burlo Trieste	3	14	**11**
IRCCS Cro Aviano	7	4	**-3**
TOTALE REGIONE	**85**	**99**	**14**

Vale la pena, infine, di segnalare nella tabella successiva il dato del personale dipendente a tempo determinato presente al 31.12.2011 (già compreso nel numero di unità complessive alla data del 31.12.2011 pari a 20.112).

TEMPI DETERMINATI AZIENDE	31/12/2010	31/12/2011	di cui inc. 15-septies
ASS 1 Triestina	33	37	2
ASS 2 Isontina	18	50	5
ASS 3 Alto Friuli	20	43	2
ASS 4 Medio Friuli	43	66	4
ASS 5 Bassa Friulana	29	54	4
ASS 6 Friuli Occidentale	8	5	
Azienda Ospedaliera Un. Udine	145	191	8
Azienda Ospedaliera Pordenone	30	41	
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	92	148	2
IRCCS Burlo Trieste	23	23	1
IRCCS Cro Aviano	11	26	1
TOTALE REGIONE	**452**	**684**	**29**

Nel corso dell'anno si rileva un incremento significativo del dato del personale a tempo determinato che può spiegarsi nella volontà di privilegiare l'utilizzo di strumenti flessibili anche in vista di un'eventuale riassetto del servizio sanitario regionale: si registrano, infatti, + 232 rapporti a termine rispetto al dato rilevato al 31.12.2010 e di questi, anche gli incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies del d. lgs dimostrano un aumento (+ 11 unità) rispetto al 2010.

Metodologia e fonte rilevazioni dati

I dati sul personale dipendente del SSR sono stati rilevati da INSIEL dal SISSR, attraverso il Sistema ASCOT3 personale ed elaborati con il software ORACLE DISCOVERER, continuando nell'opera di rendere sempre più accurata la rilevazione.
I dati riferiti al 31 dicembre 2011 sono quelli aggiornati al mese di aprile 2011.
La rilevazione comprende il personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato e i servizi in delega delle ASS 3, ASS 4, ASS 6. Per l'ASS 4 sono censiti, altresì, i rapporti di somministrazione. Rientra nel computo di AOU UD anche il personale universitario.

1.3.2 DGR N. 597/2011: CONFRONTO FORZA DI PERSONALE ALLA DATA DEL 31.12.2010 E 31.12.2011

La DGR n. 597 dell'8 aprile 2011 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2011 e pluriennale 2010-2012 del servizio sanitario regionale" nel prescrivere le regole per la realizzazione della manovra del personale per l'anno 2011 ha stabilito l'obiettivo del mantenimento della forza di personale in essere al 31.12.2010, fatte salve eventuali deroghe autorizzate dalla Giunta Regionale nel corso del 2011 in sede di rendiconto trimestrale.

La successiva DGR n. 2130 del 10 novembre 2011 ha specificato che tale dato era quello riportato nella DGR n. 1616 del 2.09.2011 di approvazione degli atti relativi al controllo annuale della gestione del servizio sanitario regionale nell'anno 2010, cui vanno aggiunti i rapporti di somministrazione in essere al 31.12.2010 di personale somministrato appartenente ai profili del ruolo sanitario e al profilo dell'operatore socio sanitario del ruolo tecnico. È stato, altresì, precisato che fuoriescono dal calcolo di dotazione alla data del 31.12.2010 (qualora conteggiati nel dato complessivo di cui alla citata DGR n. 1616 del 2.09.2011) eventuali rapporti lavorativi appositamente finanziati da risorse finalizzate extra fondo sanitario regionale.

Ciò premesso, si riporta di seguito, la forza di personale delle aziende ed enti del SSR alla data del 31.12.2010 e alla data del 31.12.2011 costruita con le regole contenute nei diversi provvedimenti regionali, onde rappresentarne la coerenza rispetto alle prescrizioni di cui alla DGR n. 597/2011.

FORZA DI PERSONALE ALLA DATA DEL 31.12.2010
(costruita secondo le regole della programmazione regionale)

AZIENDE	forza al 31.12.2010 (dato riportato nella DGR n. 1616 del 2.09.2011)	interinali infermieri e oss al 31.12.2010	numero rapporti lavorativi appositamente finanziati con risorse extra FSR	TOTALE forza 31.12.2010 (costruita con le regole della programmazione regionale
AOU Udine	**3861**	10	0	3871
AOU Trieste	**2928**	0	0	2928
AO PN	**2005**	5	0	2010
ASS 1	**1269**	0	0	1269
ASS 2	**2015**	0	0	2015
ASS 3	**1197**	15	0	1212
ASS 4	**2229**	14	2	2241
ASS 5	**1461**	0	4	1457
ASS 6	**1759**	20	0	1779
I.R.C.C.S. BURLO	**752**	0	0	752
I.R.C.C.S. C.R.O.	**653**	6	3	656
TOTALE	**20129**	**70**	**9**	**20190**

FORZA DI PERSONALE ALLA DATA DEL 31.12.2011
(costruita secondo le regole della programmazione regionale)

AZIENDE	forza al 31.12.2011 (dati rilevati da INSIEL riferiti al 31 dicembre da scarico aggiornato al mese di aprile 2012)	numero rapporti lavorativi appositamente finanziati con risorse extra FSR	scorporo area pordenonese	TOTALE forza 31.12.2011 (costruita con le regole della programmazione regionale	numero unità concesse in deroga dalla GR al rispetto del dato di do 2010
AOU Udine	**3854**	**3**		**3851**	0
AOU Trieste	**2927**	**0**		**2927**	8
AO PN	**2768**	**1**	**783**	**2767**	0
ASS 1	**1265**	**0**		**1265**	0
ASS 2	**2019**	**0**		**2019**	0
ASS 3	**1210**	**0**		**1210**	0
ASS 4	**2207**	**0**		**2207**	0
ASS 5	**1469**	**8**		**1461**	6
ASS 6	**988**	**0**	**783**	**988**	1
I.R.C.C.S. BURLO	**743**	**0**		**743**	0
I.R.C.C.S. C.R.O.	**662**	**6**		**656**	0
TOTALE	**20112**	**18**		**20094**	**15**

CONFRONTO FORZA DI PERSONALE ALLA DATA DEL 31.12.2010 E ALLA DATA DEL 31.12.2011
(costruita secondo le regole della programmazione regionale)

AZIENDE	TOTALE forza 31.12.2010 (costruita con le regole della programmazione regionale)	TOTALE forza 31.12.2011 (costruita con le regole della programmazione regionale)	numero unità concesse in deroga dalla GR al rispetto del dato di do 2010	Saldo senza lo scorporo *
AOU Udine	**3871**	**3851**	0	**-20**
AOU Trieste	**2928**	**2927**	8	**-1**
AO PN	**2010**	**2767**	0	**-26**
ASS 1	**1269**	**1265**	0	**-4**
ASS 2	**2015**	**2019**	0	**4**
ASS 3	**1212**	**1210**	0	**-2**
ASS 4	**2241**	**2207**	0	**-34**
ASS 5	**1457**	**1461**	6	**4**
ASS 6	**1779**	**988**	1	**-8**
I.R.C.C.S. BURLO	**752**	**743**	0	**-9**
I.R.C.C.S. C.R.O.	**656**	**656**	0	**0**
TOTALE	**20190**	**20094**	**15**	**-96**

* **(per ASS 6 e AO PN)**

AZIENDE	TOTALE forza 31.12.2010 (costruita con le regole della programmazione regionale)	TOTALE forza 31.12.2011 (costruita con le regole della programmazione regionale)	numero unità concesse in deroga dalla GR al rispetto del dato di do 2010	Saldo con scorporo
AOU Udine	**3871**	**3851**	0	**-20**
AOU Trieste	**2928**	**2927**	8	**-1**
AO PN	**2010**	**2767**	0	**757**
ASS 1	**1269**	**1265**	0	**-4**
ASS 2	**2015**	**2019**	0	**4**
ASS 3	**1212**	**1210**	0	**-2**
ASS 4	**2241**	**2207**	0	**-34**
ASS 5	**1457**	**1461**	6	**4**
ASS 6	**1779**	**988**	1	**-791**
I.R.C.C.S. BURLO	**752**	**743**	0	**-9**
I.R.C.C.S. C.R.O.	**656**	**656**	0	**0**
TOTALE	**20190**	**20094**	**15**	**-96**

1.2.3 ESTERNALIZZAZIONI E PERSONALE SOMMINISTRATO

Le aziende hanno fornito l'evidenza dei servizi esternalizzati alla data del 31.12.2011 nonché del personale con rapporto di somministrazione.

Alla data del 31.12.2011 risultano in forza nelle singole aziende ed enti del SSR i seguenti rapporti di somministrazione:

AZIENDE	rapporti somministrazione al 31/12/2011	RUOLO **SAN**	RUOLO **AMM**	RUOLO **PROF**	RUOLO **TEC**
ASS 1 Triestina	0				
ASS 2 Isontina	16		16		
ASS 3 Alto Friuli	18	2	1		15
ASS 4 Medio Friuli	19	8			11
ASS 5 Bassa Friulana	10		10		
ASS 6 Friuli Occidentale	0				
Azienda Ospedaliera Un. Udine	21	10	9		2
Azienda Ospedaliera Pordenone	47	24	17		6
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	6		6		
IRCCS Burlo Trieste	0				
IRCCS Cro Aviano	3	1	0		2
TOTALE REGIONE	**140**	**45**	**59**	**0**	**36**

Il dato riferito ai rapporti di somministrazione rappresenta forza lavoro in aggiunta al numero di unità complessive di personale dipendente del SSR a tempo determinato e indeterminato alla data del 31.12.2011 pari a 20.112 (per la sola ASS 4 il dato dei somministrati è compreso nel personale dipendente).
Rispetto al dato censito nel 2010 pari a n. 183 rapporti di somministrazione, si rileva una diminuzione di 43 unità.

1.3.4 APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 9, COMMA 2-BIS, DEL DL N. 78/2010 CONVERTITO NELLA LEGGE N. 122/2010.

Le aziende, nei singoli piani, hanno dato sintetica evidenza delle modalità di attuazione a livello aziendale delle disposizioni dell'articolo 9, comma 2 bis del DL n. 78/2010 convertito nella L. n. 122/2010 in materia di contenimento delle spese di personale delle amministrazioni pubbliche che reca specifiche disposizioni anche per gli enti del SSR.
A tale fine, hanno fatto rinvio agli indirizzi applicativi per l'attuazione delle predette disposizioni statali che sono stati elaborati a livello regionale (nota DCSISPS prot. n. 22870 del 29.12.2010) ai principi contenuti nelle varie circolari applicative fornite dai Ministeri ed organismi competenti ed, altresì agli ulteriori indirizzi tecnico-operativi forniti con il documento direttive di chiusura (nota prot. n. 7398 del 17.04.2012) nel tentativo di circoscrivere il significato del principio contenuto nei predetti documenti secondo cui "l'ammontare complessivo delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale è automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio".

Le aziende, hanno quindi, rappresentato nei singoli PAL/PAO 2011 le risultanze conseguenti all'applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 9, comma 2 bis del DL n. 78/2010 convertito nella L. n. 122/2010.

1.3.5 RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2011

Le intese regionali sulle risorse aggiuntive (c.d. RAR), sottoscritte nell'anno 2011, per il personale del comparto e della dirigenza, hanno definito il valore delle risorse assegnate a ciascuna Azienda ed Istituto del Servizio Sanitario Regionale per tale esercizio.

Sulla base di quanto previsto dalle direttive di chiusura 2011 (nota DCSISPS prot. n. 7398 del 17.04.2012) le aziende hanno predisposto la rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive distintamente per le tre aree contrattuali sia in termini economici (allegati nn. 1, 4 e 7 alle direttive) che di progettualità (allegati nn. 2, 3, 5, 6, 8, 9, alle direttive).

Le tabelle relative alla "rendicontazione economica" riportano il riepilogo dei dati forniti dalle Aziende/Istituti, secondo le indicazioni stabilite nella nota sopra citata e contenenti il dettaglio degli importi assegnati, di quelli liquidati al 31.12.2011, del loro impegno, degli eventuali residui degli anni precedenti e la quantificazione del liquidato degli stessi al 31 dicembre 2011, degli estremi delle eventuali risultanze finali del Collegio dei Sindaci, dell'evidenza degli obiettivi e dei risultati conseguiti così come approvati dal Nucleo di Valutazione.

Gli allegati nn. 2, 3, 5, 6, 8, 9, riportano una sintetica analisi dell'attività progettuale per ciascuna area contrattuale.

Occorre ricordare che a seguito dell'entrata in vigore della c.d. legge Brunetta (25.06.2008), nel corso del 2008, si è reso necessario fornire indicazioni di raccordo per l'applicazione dell'articolo 71 della citata legge ai fini della rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive. Tali indicazioni sono state confermate anche per il 2011 richiamandosi in particolare le regole per la gestione dei risparmi derivanti dall'articolo 71, comm1, del testo coordinato del DL 112/2008 e della L. 133/2008 nelle ipotesi di assenze per malattia del pubblico dipendente.

Conformemente a quanto stabilito, le Aziende hanno rendicontato l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali del 2011 al lordo della trattenuta di cui all'articolo 71, comma 1, in quanto il valore concreto delle economie può essere quantificato solo dopo aver liquidato l'esercizio 2011.
Si ribadisce, in proposito, la necessità che questo dato, quando noto, venga comunicato dalle aziende del SSR alla Regione ricordando che la percentuale di RAR (non prioritariamente destinata a vincoli regionali) calcolata sul valore complessivo del risparmio non genera economia ma rientra nella disponibilità della Regione.
Per effetto di quanto sopra si fa quindi presente che la rendicontazione economica delle risorse regionali aggiuntive 2011 del personale del comparto e dell'area della dirigenza, di seguito illustrata, viene rappresentata al lordo delle trattenute effettuata in applicazione dell'articolo 71 del DL 112/2008 convertito nella L. n. 133/2008.

Area contrattuale del Comparto

La DGR n. 370 dell'11 marzo 2011 ha approvato lo schema di accordo siglato il 7 marzo 2011 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS del comparto autorizzando quindi le parti alla sottoscrizione dell'accordo definitivo avvenuta in data 29 marzo 2011 e riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale del **comparto** nell'anno 2011.

L'accordo regionale, oltre a confermare quote e vincoli stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010 approvato con D.G.R. n. 598/2010 ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dell'importo complessivo **€ 15.727.529,07,** per il 2011 al netto di qualsiasi onere.

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata di **€ 15.727.529,07**, le Aziende hanno comunicato di avere **liquidato alla data del 31.12.2011** risorse pari ad **€ 9.000.697,50** con la conseguenza che, alla medesima data, **residuano** risorse pari ad **€ 6.726.831,57.**
Le Aziende hanno, inoltre, fornito l'evidenza delle cifre impegnate: in particolare risulta che siano state impegnate:

- risorse pari ad **€ 8.671.196,76** per gli obiettivi di cui al Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010 approvato con D.G.R. n. 598/2010, confermati anche nell'intesa del 16 settembre 2010;
- risorse pari ad **€ 2.368.596,97** per gli obiettivi regionali da perseguire in via prioritaria;
- risorse pari ad € **4.607.791,65** demandati alla contrattazione integrativa aziendale per obiettivi strategici in raccordo con la programmazione regionale e i piani attuativi aziendali non direttamente correlati alle priorità regionali.

per un totale di risorse regionali aggiuntive **impegnate** pari ad **€ 15.647.585,37.** Risulta, invece, **non impegnato** un importo di RAR pari ad **€ 79.943,70;** queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 29 marzo 2011 (punto 5, pagina 8 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito oltre alla rendicontazione economica anche quella progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (reparti di degenza dell'area della medicina generale, contenimento dei tempi di attesa, screening mammografico e colon retto, assistenza domiciliare, personale di assistenza verso modelli organizzativi innovativi, prevenzione-infortuni sul lavoro); come sopra detto, risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di **€ 2.368.596,97** di rar prioritariamente vincolate ad obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse, come detto, è stato impegnato un importo complessivo pari a **4.607.791,65**

E' stata altresì evidenziata dalle Aziende la rendicontazione progettuale inerente l'utilizzo di tali risorse con l'indicazione degli obiettivi individuati.

Area contrattuale della Dirigenza

Per quanto riguarda l'area della **dirigenza del SSR,** l'importo di risorse regionali aggiuntive complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2011 è stato pari ad **€ 8.239.736,27** al netto degli oneri riflessi, comprensivo dell'importo di € 408.000,00 vincolato per il progetto di screening mammografico e dell'importo di 501.000,00 vincolato per il progetto di screening mammografico.

La trattativa inerente le risorse per il personale medico e veterinario, anche nel 2011, si è svolta separatamente da quella riguardante il personale della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa.

Area contrattuale della Dirigenza medica e veterinaria

Relativamente alla **dirigenza medica e veterinaria,** la DGR n. 395 dell'11 marzo 2011 ha approvato lo schema di accordo siglato il 10 marzo 2011 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS della dirigenza medica e veterinaria autorizzando, quindi, le parti alla sottoscrizione dell'accordo definitivo avvenuta in data 29 marzo 2011 e riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della **dirigenza medica e veterinaria** del SSR nell'anno 2011.

L'assegnazione per l'anno 2011 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € **6.190.967,63**, al netto degli oneri riflessi.

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31.12.2011 **€ 626.447.86. Residuano** pertanto alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari a **€ 5.564.519,77.**
Le Aziende hanno, inoltre, fornito sia la rendicontazione economica che progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (reparti di degenza dell'area della medicina generale, contenimento dei tempi di attesa, aree oggetto di riordino in attuazione del PSS).
Risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € **2.057.815,43** di rar prioritariamente vincolate ad obiettivi regionali.
Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlare agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a **€ 4.131.378,73**.
Rispetto alle risorse complessivamente assegnate, risulta non impegnato a livello regionale l'importo di **€ 1.773.47.**

Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 29 marzo 2011 (Punto 3, n. 3 di pagina 6 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Per il progetto **di screening mammografico,** rispetto alla somma stimata dall'accordo regionale e pari ad € 408.000,00, le Aziende hanno comunicato un fabbisogno effettivo a consuntivo corrispondente all'incentivo da riconoscere ai dirigenti medici radiologi coinvolti nel progetto per un totale **di € 318.522,43 al netto degli oneri riflessi.**

Area contrattuale della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Per quanto attiene al personale **della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa SPTA, l**a DGR n. 396 dell'11 marzo 2011 ha approvato lo schema di accordo siglato il 10 marzo 2011 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS della dirigenza SPTA autorizzando quindi le parti alla sottoscrizione dell'accordo definitivo avvenuta in data 29 marzo 2011 e riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo nell'anno 2011.

L'assegnazione per l'anno 2011 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di **€ 1.139.768,64** al netto degli oneri riflessi.

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31.12.2011 la somma di **€ 68.255,83.** Residuano, pertanto, alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari **a € 1.071.512,81**.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito sia la rendicontazione economica che progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (contenimento dei tempi di attesa, contenimento spesa farmaceutica, aree oggetto di riordino in attuazione del PPS). Risulta che le aziende abbiano **impegnato** l'importo complessivo di € **353.354,49** di **RAR prioritariamente finalizzate agli obiettivi regionali**.
Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlare agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a **€ 781.387,96** ed è data evidenza degli obiettivi progettuali correlati a tali risorse.

Rispetto alle risorse complessivamente assegnate, risulta non impegnato a livello regionale l'importo di **€ 5.026,19.** Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 29 marzo 2011 (Punto 2, n. 3 di pagina 6 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

1.4 GLI INVESTIMENTI EFFETTUATI

1.4.1 LE RISORSE

Nel 2011 la disponibilità complessiva per i programmi di investimento, così come risultante dalla DGR 582/2012 nella parte relativa alle variazioni al 31.12.2011 del piano degli investimenti dell'anno 2011, è stata pari a 78,7 milioni di euro, mentre l'importo complessivamente programmato per investimenti è stato pari a 68,2 milioni di euro.
Le singole fonti di finanziamento sono indicate nella seguente tabella:

Aziende	Investimenti a finanziamento regionale in conto capitale					risorse proprie aziendali	Totale
	Rilievo aziendale	Rilievo regionale	Totale	Quota 2011 riscatti finali per acquisizioni in leasing	Totale fondi regionali		
ASS 1	1.400,0	-	**1.400,0**	0,1	**1.400,1**	**79,5**	**1.479,6**
ASS 2	2.600,0	480,0	**3.080,0**	-	**3.080,0**	**-**	**3.080,0**
ASS 3	1.350,0	-	**1.350,0**	6,1	**1.356,1**	**841,2**	**2.197,3**
ASS 4	3.150,0	14.100,0	**17.250,0**	-	**17.250,0**	**1.951,0**	**19.201,0**
ASS 5	2.050,0	1.046,0	**3.096,0**	-	**3.096,0**	**75,5**	**3.171,5**
ASS 6	1.380,0	300,0	**1.680,0**	-	**1.680,0**	**-**	**1.680,0**
AO di Pordenone	5.420,0	850,0	**6.270,0**	1,5	**6.271,5**	**435,0**	**6.706,5**
AOU di Trieste	5.600,0	-	**5.600,0**	5,6	**5.605,6**	**15,0**	**5.620,6**
AOU di Udine	6.750,0	12.939,7	**19.689,7**	4,8	**19.694,5**	**350,0**	**20.044,5**
IRCCS Burlo	1.200,0	1.950,0	**3.150,0**	4,1	**3.154,1**	**270,0**	**3.424,1**
IRCCS CRO	1.600,0	-	**1.600,0**	2,0	**1.602,0**	**-**	**1.602,0**
Totale CONSOLIDATO	**32.500,0**	**31.665,7**	**64.165,7**	**24,2**	**64.189,9**	**4.017,2**	**68.207,1**
da programmare nel 2012							**10.530,7**
Totale	**32.500,0**	**31.665,7**	**64.165,7**	**24,2**	**64.189,9**	**4.017,2**	**78.737,8**

(***tabella*** *Investimenti SSR - Consuntivo 2011* ***n. 1*** *– importi espressi in migliaia di euro)*

Le risorse regionali disponibili nel 2011 per investimenti sono state complessivamente pari a 74,7 milioni di euro, di cui 64,2 milioni di euro programmate nel 2011 e 10,5 milioni di euro inserite nella programmazione dell'anno 2012.
Delle risorse regionali complessivamente disponibili, 60,5 milioni di euro si riferiscono a stanziamenti dell'esercizio 2011, mentre 14,2 milioni di euro sono competenza derivata dell'esercizio 2010.
La suddivisione delle risorse nei capitoli di bilancio, tenuto conto della diminuzione sopra descritta, è riportata nella seguente tabella:

Disponibilità CC regionale anno 2011	Esercizio 2010	Esercizio 2011	TOTALE
4399	14.220.550,81	60.500.000,00	**74.720.550,81**

(tabella Investimenti SSR - Consuntivo 2011 n. 2 – importi espressi in euro)

Gli stanziamenti iniziali per l'anno 2011, così come erano indicati nel piano consolidato preventivo di cui alla DGR 597/2011, sono invece riassunti nella tabella seguente:

Disponibilità CC regionale anno 2011	Esercizio 2010	Esercizio 2011	TOTALE
4399	14.220.550,81	60.500.000,00	**74.720.550,81**
4443	-	25.000.000,00	**25.000.000,00**
4445	-	8.130.000,00	**8.130.000,00**
4446	-	6.875.000,00	**6.875.000,00**
4447	-	14.000.000,00	**14.000.000,00**
TOTALE	**14.220.550,81**	**114.505.000,00**	**128.725.550,81**

(tabella Investimenti SSR - Consuntivo 2011 n. 3 – importi espressi in euro)

Si segnala l'azzeramento degli importi afferenti ai capitoli 4443, 4445, 4446 e 4447 per l'esercizio 2011 e lo spostamento di pari risorse all'anno 2012 (si precisa peraltro che tali capitoli non sono di competenza della Direzione centrale Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, bensì della Direzione centrale Finanze, patrimonio e programmazione).

In linea con i contenuti delle linee di gestione per l'anno 2011 approvati con DGR 2384/2010, il leasing e l'acquisto con liquidità di cassa e successivo ristoro delle quote di ammortamento non viene utilizzato come modalità ordinaria per l'acquisto di beni mobili e tecnologie, ma solo per acquisizioni di specifici beni già esplicitamente indicate ed autorizzate con provvedimenti precedenti nonchè per le acquisizioni connesse con i progetti a valenza regionale già autorizzati con provvedimenti precedenti (progetto regionale PACS e rete emergenza 118).

1.4.2 IL PROGRAMMA

Delle risorse complessivamente programmate nel corso del 2011, 36,1 milioni di euro (di cui 35,2 di conto capitale regionale) sono state utilizzate per interventi edili e impiantistici e 32 milioni di euro (di cui 28,9 di conto capitale regionale) per le acquisizioni di beni mobili.
Di seguito si riportano le tabelle riassuntive dell'entità e delle modalità di finanziamento del programma degli interventi edili e impiantistici (tabella n. 4) e del programma di acquisto di beni mobili e tecnologie (tabella n. 5), così come contenute nella DGR 582/2012.

Interventi edili e impiantistici – anno 2011

Aziende	*Rilievo aziendale*			*Rilievo regionale*		totale edilizia
	conto capitale regionale	*fondi propri*	*totale edilizia di rilievo aziendale*	*conto capitale regionale*	*totale edilizia di rilievo regionale*	
ASS 1	819,0	-	***819,0***	-	**-**	***819,0***
ASS 2	1.250,0	-	***1.250,0***	-	**-**	***1.250,0***
ASS 3	300,0	-	***300,0***	-	**-**	***300,0***
ASS 4	1.300,0	901,0	***2.201,0***	13.000,0	***13.000,0***	***15.201,0***
ASS 5	400,0	-	***400,0***	600,0	***600,0***	***1.000,0***
ASS 6	730,0	-	***730,0***	-	**-**	***730,0***
AO di Pordenone	3.345,0	-	***3.345,0***	-	**-**	***3.345,0***
AOU di Trieste	2.650,0	-	***2.650,0***	-	**-**	***2.650,0***
AOU di Udine	2.630,0	-	***2.630,0***	5.799,7	***5.799,7***	***8.429,7***
IRCCS Burlo	500,0	20,0	***520,0***	1.900,0	***1.900,0***	***2.420,0***
IRCCS CRO	-	-	**-**	-	**-**	**-**
Totale CONSOLIDATO	***13.924,0***	***921,0***	***14.845,0***	***21.299,7***	***21.299,7***	***36.144,7***

*(**tabella** Investimenti SSR - Consuntivo 2011 **n. 4** - importi espressi in migliaia di euro)*

Acquisto di beni mobili e tecnologie – anno 2011

Aziende	Rilievo aziendale			Rilievo regionale		Totale acquisti
	conto capitale regionale	fondi propri aziendali	totale acquisti di rilievo aziendale	conto capitale regionale	totale acquisti di rilievo regionale	
ASS 1	581,0	79,5	**660,5**	-	**-**	**660,5**
ASS 2	1.350,0	-	**1.350,0**	480,0	**480,0**	**1.830,0**
ASS 3	1.050,0	841,2	**1.891,2**	-	**-**	**1.891,2**
ASS 4	1.850,0	1.050,0	**2.900,0**	1.100,0	**1.100,0**	**4.000,0**
ASS 5	1.650,0	75,5	**1.725,5**	446,0	**446,0**	**2.171,5**
ASS 6	650,0	-	**650,0**	300,0	**300,0**	**950,0**
AO di Pordenone	2.075,0	435,0	**2.510,0**	850,0	**850,0**	**3.360,0**
AOU di Trieste	2.950,0	15,0	**2.965,0**	-	**-**	**2.965,0**
AOU di Udine	4.120,0	350,0	**4.470,0**	7.140,0	**7.140,0**	**11.610,0**
IRCCS Burlo	700,0	250,0	**950,0**	50,0	**50,0**	**1.000,0**
IRCCS CRO	1.600,0	-	**1.600,0**	-	**-**	**1.600,0**
Totale CONSOLIDATO	**18.576,0**	**3.096,2**	**21.672,2**	**10.366,0**	**10.366,0**	**32.038,2**

(***tabella*** *Investimenti SSR - Consuntivo 2011* ***n. 5*** *- importi espressi in migliaia di euro)*

Si segnalano le seguenti rilevanti variazioni di programmazione, contenute nella DGR 582/2012:

azienda	*importo*	*risorse*	*variazione*	*motivazione*
ASS 5	600.000,00	capitolo 4399/2011	L'importo sarà utilizzato come intervento di edilizia ed impiantistica e non per l'acquisto di un gruppo frigorifero per l'Ospedale di Latisana	In sede di approvazione del rendiconto trimestrale al 30.6.2011 (v. D.G.R. n. 1720/2011) è già stata autorizzata la modifica di utilizzo non più come acquisto di beni mobili e tecnologie ma come intervento di edilizia ed impiantistica
ASS 6	10.000.000,00	capitolo 4399/2011	L'importo, relativo all'intervento di realizzazione della Cittadella della salute di Pordenone, viene trasferito dal piano 2011 al piano 2012	L'iter di progettazione e realizzazione dell'intervento non può essere avviato prima della stipula dell'Accordo di programma per gli investimenti sanitari nella città di Pordenone L'importo è riprogrammato nel 2012 con le medesime finalità
A.O. di Pordenone	468.294,00	capitolo 4399/2011	L'importo, relativo all'intervento di realizzazione della Cittadella della salute di Pordenone, viene trasferito dal piano 2011 al piano 2012 e sarà assegnato all'ASS 6, titolare dell'intervento	L'iter di progettazione e realizzazione dell'intervento non può essere avviato prima della stipula dell'Accordo di programma per gli investimenti sanitari nella città di Pordenone L'importo è riprogrammato nel 2012 con le medesime finalità
A.O.U. di Udine	2.299.714,52	capitolo 4399/2011	L'importo sarà utilizzato per il completamento del corpo C3 (nell'ambito della realizzazione del nuovo edificio ospedaliero)	Viste le necessità aziendali e lo stato di avanzamento della procedura di stipula dell'Accordo di programma con il Ministero della Salute per l'utilizzo di fondi statali per investimenti sanitari, è stata autorizzata la modifica di utilizzo di tale importo
Aziende varie	24.161,17 (totale)	capitolo 4399/2011	Vengono attribuiti alle Aziende del Servizio sanitario regionale gli importi a copertura delle quote 2011 di riscatti derivanti da acquisizioni in leasing relative ai piani 2006, 2007 e 2008, secondo le necessità segnalate dalle Aziende stesse Le eventuali variazioni rispetto alle quote 2011 dichiarate a rendiconto dalle Aziende verranno compensate in più o in meno con le quote 2012	

(***tabella*** *Investimenti SSR - Consuntivo 2011* ***n. 6*** *- importi espressi in euro)*

1.4.3 ATTUAZIONE DEGLI INVESTIMENTI EDILIZI

Per le strutture territoriali si evidenziano i seguenti avanzamenti:

— *Cittadella della Salute (ASS n. 6)*:

È in corso l'iter dell'Accordo di programma con Regione, Comune di Pordenone e Provincia di Pordenone per gli investimenti sanitari nella città di Pordenone, per la cui stipula definitiva si attende il completamento dell'Accordo di programma per l'utilizzo dei fondi statali

Per le opere attinenti le strutture ospedaliere comprese nel programma regionale degli investimenti, si evidenziano i seguenti avanzamenti:

— *Riordino della rete ospedaliera triestina - Ospedale di Cattinara e Ospedale Maggiore* (AOU di Trieste):

È stato emesso il certificato di collaudo relativo alla realizzazione del II lotto del completo rifacimento del blocco operatorio dell'ospedale di Cattinara.

Sono proseguiti i lavori relativi al I lotto della ristrutturazione delle UTA e degli impianti di climatizzazione della torre chirurgica dell'ospedale di Cattinara.

Sono proseguiti i lavori della fase II e III riguardanti in particolare il Nuovo Poletto tecnologico dell'Ospedale Maggiore.

— *Riordino della rete ospedaliera triestina - Comprensorio di Cattinara: Realizzazione della nuova sede dell'ospedale Burlo e riqualificazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara* (AOU e IRCCS Burlo di Trieste):

In attesa di avere un riscontro da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze rispetto all'acquisizione del concerto indispensabile per la stipula dell'Accordo di programma, sul quale il Nucleo di valutazione degli investimenti del Ministero della Salute ha già espresso parere favorevole nel corso del 2010, l'azienda ospedaliero-universitaria di Trieste e l'IRCCS Burlo di Trieste hanno perfezionato il bando e il regolamento per il concorso di progettazione mediante il quale individuare i progettisti esterni. Azienda e IRCCS hanno approvato il regolamento di tale bando subordinandone la pubblicazione a una formale atto della Regione di conferma della programmazione decennale degli interventi.

— *Ospedale di Pordenone* (AOU di Pordenone):

In attesa di avere un riscontro da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze rispetto all'acquisizione del concerto indispensabile per la stipula dell'Accordo di programma, sul quale il Nucleo di valutazione degli investimenti del Ministero della Salute ha già espresso parere favorevole nel corso del 2010, l'Azienda ospedaliera attende un indirizzo definitivo da parte della Regione sulla modalità di realizzazione del nuovo ospedale in località Comina.

Sono stati ultimati i lavori di completamento dell'area endoscopica e degli ambulatori (parte del finanziamento del II lotto) presso il P.O. di San Vito al Tagliamento. Tale intervento è stato avviato e concluso dai tecnici dell'ASS6, e quindi preso in consegna dall'Azienda ospedaliera, in base a quanto previsto con deliberazione di Giunta Regionale n. 465 dd. 11.03.2010 e ai sensi della L.R. 29.12.2010, n. 22.

— *Polo ospedaliero udinese* (AOU di Udine):

- I lotto e II lotto del nuovo ospedale:

Sono state attivate alcune strutture all'interno del costruendo Nuovo Ospedale e, in particolare, della Radioterapia, degli Ambulatori Maxillo-facciale e Otorinolaringoiatria, nonché degli spogliatoi aziendali per complessivi 892 operatori.

Prosegue la realizzazione degli interventi relativi al resto della struttura.

- Centrale tecnologica – Centro Servizi e Laboratori:

È stato approvato il progetto esecutivo complessivo delle opere previste in concessione, il nuovo piano economico-finanziario e l'atto aggiuntivo n. 1 al contratto.

- *Ospedale di Cividale*

  È stata consegnata una proposta di revisione progettuale relativa all'impiego del finanziamento di €. 6.000.000 concesso con decreto 1161/Stafi dd. 24.11.2009

— *IRCCS CRO di Aviano:*

  Sono proseguiti i lavori dell'appalto per la riorganizzazione e adeguamento sismico e normativo del fabbricato Blocco degenze, comprensivo degli interventi necessari per l'adeguamento antisismico.

— *Ospedale S.Polo di Monfalcone (ASS n. 2):*

  È attualmente in corso la redazione del Certificato di Regolare Esecuzione dei lavori di messa a norma prevenzione incendi II lotto del P.O. di Monfalcone, riguardante in particolar modo l'edificio Piastra.

— *Ospedale di Tolmezzo* (ASS n. 3):

  È stata avviata la procedura per l'individuazione del progettista del IV lotto -V e VII progetto- dell'intervento di ristrutturazione e adeguamento a norme dell'Ospedale di Tolmezzo.

— *Ospedale di S. Daniele del Friuli* (ASS n. 4):

  Sono proseguiti i lavori di realizzazione del nuovo Padiglione S presso l'Ospedale di S.Daniele.

— *IMFR Gervasutta di Udine* (ASS n. 4):

  Sono stati affidati i servizi di ingegneria e architettura per la progettazione del II lotto di riqualificazione dell'Istituto.

— *Ospedale di Latisana (*ASS n. 5):

  Proseguono i lavori relativi all'appalto integrato per la ristrutturazione e adeguamento a norme del padiglione Chirurgico e degli adeguamenti impiantistici presso l'Ospedale di Latisana.

— *Ospedale di S. Vito al Tagliamento* (ASS n. 6):

  È stato approvato il progetto definitivo relativo al III lotto dell'intervento di ristrutturazione e adeguamento dell'Ospedale di S.Vito al Tagliamento in seguito al trasferimento della struttura ospedaliera all'AO di Pordenone.

Maggiori dettagli sullo stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici sono riportati nelle schede delle singole Aziende.

1.4.4 ATTUAZIONE DEGLI INVESTIMENTI IN BENI MOBILI E TECNOLOGIE

Nel corso del 2011 si sono concluse le seguenti acquisizioni previste nei piani di investimento dell'anno 2011 e precedenti:

— Arredi e attrezzaggi di strutture ristrutturate o di nuova realizzazione:
  - attrezzaggio e arredi per il Servizio di Endoscopia dell'Ospedale di S. Vito (AO di Pordenone)
  - attrezzaggio per il Blocco operatorio, rianimazione e recovery room dell'Ospedale di Cattinara (AOU di Trieste)
  - completamento attrezzaggio Centrale di sterilizzazione (AOU di Trieste)
  - attrezzaggio ambulatori del I lotto nuovo edificio (AOU di Udine)

— Attrezzature di rilievo:
  - angiografi e poligrafi per il Servizio di Emodinamica (AO di Pordenone)
  - mammografi per gli Ospedali di Pordenone e Spilimbergo (AO di Pordenone)
  - arredi ed attrezzaggio e interfacciamento per progetto regionale PACS (AO di Pordenone)
  - acquisti per progetto regionale PACS (AOU di Trieste)
  - angiografo ed ecografi (AOU di Udine)
  - upgrade di n. 2 angiografi (AOU di Udine)
  - acquisti per progetto regionale PACS (IRCCS Burlo Garofolo)

- apparecchiature PCR per sequenziamento - Genomica (IRCCS CRO)

— Altri acquisti:
  - auto medicalizzata e defibrillatori (ASS 1)
  - ecografi, amplificatore di brillanza, arredo ed attrezzaggio per il Pronto Soccorso, ausili per invalidi, attrezzature informatiche, ecografo e tavolo operatorio (ASS 5)
  - informatizzazione assistenza domiciliare, ausili per invalidi, riscatto sistema di videoendoscopia, arredo ed attrezzaggio per Centro disturbi alimentari, ausili e automobili (ASS 6)
  - ecotomografi, letti elettrici, ecocardiografo e lavaendoscopi (AO di Pordenone)
  - stazioni di lavoro informatiche, frighi emoteche e frighi farmaci, ecocardiografo, ecografi, navigatore chirurgico e colonne endoscopiche (AOU di Trieste)
  - cappe biologiche, ventilatori di terapia intensiva e anestesia, ecocardiografo, ecotomografo, sistema controllo accessi rete LAN (AOU di Udine)
  - ecografo, liquido massa (IRCCS Burlo)
  - attrezzature informatiche, arredi sanitari per ufficio e per laboratori (IRCCS CRO).

Tra gli interventi coordinati a livello regionale si segnala:

— Sistema PACS regionale:
  - sono proseguite le attività di coordinamento delle aziende sanitarie in merito alla predisposizione delle pre-condizioni organizzative, tecnologiche e infrastrutturali per la fase di implementazione dei sistemi PACS aziendali
  - nel corso del 2011 sono stati installati i sistemi tecnologici PACS presso tutte le strutture interessate dalla fornitura regionale
  - sono stati avviati alla prova di utilizzo clinico nei settori della radiologia, della medicina nucleare e dell'emodinamica i sistemi PACS installati presso tutti gli ospedale dell'A.O. di Pordenone e presso il CRO di Aviano.

È proseguita nell'anno, per tramite del Dipartimento Servizi Condivisi, attraverso specifiche convenzioni, la collaborazione con la Direzione dei Farmaci e dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute e nell'ambito della Commissione Unica dei Dispositivi medici (CUD) – ex art. 57 L. n. 289/2002 – riguardante:

  - gli interventi di revisione annuale della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici e di produzione di strumenti complementari e integrativi finalizzati ad agevolarne l'uso
  - gli interventi di supporto alle attività connesse al repertorio DM comprendenti i contributi per la messa a punto delle procedure e degli strumenti di competenza del Ministero, il supporto agli utenti della banca dati ministeriale attraverso l'help-desk (telefonico ed e-mail)
  - il contributo operativo al Ministero della Salute e alla Commissione Unica sui Dispositivi Medici nelle attività di monitoraggio di determinati settori di dispositivi medici finalizzato alla razionalizzazione della spesa sostenuta dal SSN.

Nel corso del 2011 sono proseguite, per tramite del Dipartimento Servizi Condivisi, le attività convenzionali a supporto dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del progetto del Registro Italiano Artoprotesi (RIAP).

Nel corso dell'anno si sono fornite, , per tramite del Dipartimento Servizi Condivisi, le attività di supporto specialistico, operativo e gestionale nell'ambito della specifica convenzione sottoscritta con l'AGENAS con riferimento specifico agli acquisiti di tecnologie sanitarie e monitoraggio prezzi nelle regioni interessate dai piani di rientro e soggette agli interventi di riassetto.

Maggiori dettagli sullo stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature sono riportati nelle schede delle singole Aziende.

Tabelle di sintesi del Piano degli investimenti – anno 2011

VALORE DEGLI INVESTIMENTI PROGRAMMATI PER L'ANNO 2011

Finanziamento in conto capitale	**Importo**
Fondi regionali in conto capitale – anno 2011 (cap. 4399)	49.945,7
Fondi regionali in conto capitale – anno 2010 (cap. 4399)	14.220,5
Fondi propri aziendali *(tesoreria, alienazioni, donazioni, etc)*	4.017,2
Importo degli investimenti finanziati in conto capitale	**68.182,9**

Riscatti finali 2011 per acquisizioni in leasing	24,2
Fondi regionali in conto capitale – anno 2011 (cap.4399) non programmati nel 2010 e da programmare nel 2012	10.530,7

totale complessivo	**78.737,8**

(tabella Investimenti SSR - Consuntivo 2011 n. 7 – importi espressi in migliaia di euro)

Destinazione degli investimenti negli anni						
Anno	***2011***	***2010***	***2009***	***2008***	***2007***	***2006***
Territorio						
importo in milioni di euro	**8,7**	16,4	13,2	14,5	13,2	27,8
% sulle risorse disponibili	***12,7%***	*22,5 %*	*8,6 %*	*20,1 %*	*16,5 %*	*24,3%*
Ospedale						
importo in milioni di euro	**59,5**	56,5	140,6	57,6	66,5	86,8
% sulle risorse disponibili	***87,3%***	*77,5 %*	*91,4 %*	*79,9 %*	*83,5 %*	*75,7%*
Edilizia						
importo in milioni di euro	**36,1**	40,9	71,5	43,3	35,4	60,1
Attrezzature						
importo in milioni di euro	**32,0**	32,0	82,3	28,8	44,3	54,5

** di cui 13,1 fondi statali ex art. 20 L. n. 67/88*

(***tabella*** *Investimenti SSR - Consuntivo 2011* ***n. 8*** *– importi espressi in milioni di euro*)

TERRITORIO: destinazione programmatoria degli investimenti negli anni

	2011	***2010***	***2009***	***2008***	***2007***	***2006***
Edilizia	**4,1**	12,0	8,3	10,2	7,7	20,8
Attrezzature	**4,6**	4,4	4,8	4,3	5,4	7,0
Totale	**8,7**	16,4	13,2	14,5	13,2	27,8

(***tabella*** *Investimenti SSR - Consuntivo 2011* ***n. 9****– importi espressi in milioni di euro)*

OSPEDALE: destinazione programmatoria degli investimenti negli anni

	2011	***2010***	***2009***	***2008***	***2007***	***2006***
Edilizia	**32,1**	29,0	63,2	33,1	27,6	39,3
Attrezzature	**27,4**	27,5	77,4	24,5	38,8	47,5
Totale	**59,5**	56,5	140,6	57,6	66,5	86,8

(***tabella*** *Investimenti SSR - Consuntivo 2011* ***n. 10*** *– importi espressi in milioni di euro)*

1.5 GLI OBIETTIVI ECONOMICI E L'UTILIZZO DELLE RISORSE

1.5.1 La situazione economica

Il risultato economico consolidato del S.S.R. evidenzia un utile di € 22.567.931 come di seguito esplicitato:

valore della produzione	2.702.166.845
costi della produzione	-2.684.619.232
differenza tra valore e costi della produzione	17.547.613
saldo gestione finanziaria	4.093.312
saldo gestione straordinaria	2.422.647
imposte sul reddito	-1.495.641
utile (perdita) dell'esercizio	22.567.931

L'utile d'esercizio di € 22.567.931 comprende anche gli utili derivanti dalla gestione delle attività sociali delegate e dalla gestione dei servizi per l'handicap della ASS 4 (rispettivamente € 305.050 e € 453.048).
Il dettaglio dei risultati economici delle Aziende del Sistema sanitario regionale appartenenti all'area di consolidamento, è evidenziato dalle sottostanti tabelle:

	ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6
Valore della produzione	428.218.691	279.951.607	173.976.413	612.802.341	222.419.629	458.820.431
Costi della produzione	(425.931.100)	(276.620.718)	(172.500.318)	(610.110.682)	(219.330.896)	(457.325.464)
Differenza tra valore e costi della produzione	**2.287.591**	**3.330.889**	**1.476.095**	**2.691.659**	**3.088.733**	**1.494.967**
Saldo gestione finanziaria	431.582	290.450	566.293	608.908	380.253	130.001
Saldo gestione straordinaria	710.238	(739.016)	(115.343)	565.528	1.000.689	(816.476)
Imposte sul reddito	(71.906)	(216.025)	(76.765)	(276.496)	(118.330)	(250.000)
Utile (perdita) di esercizio 2011	**3.357.505**	**2.666.298**	**1.850.280**	**3.589.599**	**4.351.345**	**558.492**

	AOU UD	AO PN	AOU TS	CRO	Burlo
Valore della produzione	460.911.607	258.006.816	275.968.589	91.370.893	69.182.065
Costi della produzione	(462.162.536)	(257.984.741)	(275.853.415)	(87.145.762)	(69.115.837)
Differenza tra valore e costi della produzione	**(1.250.929)**	**22.075**	**115.174**	**4.225.131**	**66.228**
Saldo gestione finanziaria	656.286	243.393	734.683	18.033	33.430
Saldo gestione straordinaria	781.247	249.622	(237.076)	144.450	878.784
Imposte sul reddito	(118.724)	(98.057)	(183.267)	(60.484)	(25.587)
Utile (perdita) di esercizio 2011	**67.880**	**417.033**	**429.514**	**4.327.130**	**952.855**

Di seguito si procede all'analisi dei principali scostamenti 2010 / 2011 evidenziati nel conto economico

VALORE DELLA PRODUZIONE

Il valore della produzione del bilancio consolidato 2011 presenta una crescita rispetto al dato 2010 di € 66.280.760 (+ 2,5%), che risulta così determinata:

a. Contributi d'esercizio

L'incremento nei contributi d'esercizio è pari a € 47.043.634 (+ 2.01%) ed è determinato da una maggiore erogazione di contributi regionali per € 49.524.078 (+2.15€) parzialmente compensato da una riduzione nei contributi da altri enti (Ministero della Salute per progetti specifici e Comuni e Province per attività sociale delegata) per complessivi € 2.480.444, pari al -8.41%.

b. Ricavi per prestazioni ad aziende del SSN

Complessivamente il valore delle prestazioni rese ad aziende del SSN aumenta di €13.866.602 (+11,89€)

In particolare si registra un incremento delle prestazioni in regime di ricovero (€ 4.575.464 pari al 7,06%) in conseguenza della maggiore attrazione extraregionale esercitata sia dalle strutture pubbliche (€1.306.858 pari al 2,57%) che dalle strutture private convenzionate (€ 3.268.606, pari al 24,98%).

Le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche e le altre prestazioni registrano complessivamente un aumento pari a € 9.291.138 (+17,92%) derivante da:

- incremento dell'attrazione extraregionale per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche (+2,5ml)
- incremento delle altre prestazioni non rientranti nelle eliminazioni di consolidamento per (6,7ml)

Si segnala che l'attrazione extraregionale prodotta dalle strutture private regionali, rappresenta per le aziende sanitarie una partita di giro in quanto le stesse hanno un corrispondente costo iscritto all'interno del costo della produzione.

c. Ricavi per altre prestazioni

Complessivamente i ricavi per altre prestazioni registrano un incremento di € 6.717026 (+5,95%)

In particolare si segnala l'aumento (€4.789.763, pari al 13,23%€) dei ricavi per compartecipazione alla spesa sanitaria ("ticket") in conseguenza delle disposizioni di cui al DL 6 luglio 2011, n. 98 che prevedevano il pagamento di una quota fissa per ricetta pari a 10€ e di una quota fissa di 25€ per l'accesso in pronto soccorso (nei casi previsti).

d. Costi capitalizzati

I costi capitalizzati derivanti dalla sterilizzazione degli ammortamenti riferiti a beni patrimoniali e a investimenti edili impiantistici conclusi registrano una diminuzione di € 1.346.052 (-1,95%).

COSTI DELLA PRODUZIONE

Il costo della produzione nel 2011 presenta un incremento di € 53.177.927, passando da € 2.631.441.305 a € 2.684.619.232 registrando quindi un incremento pari al 2,02%.

a. Acquisto di beni:

I beni sanitari e non sanitari, considerata la variazione delle scorte, sono aumentati di 18.666.558€ (+4,99%) Particolarmente rilevanti sono stati gli incrementi nei costi per prodotti farmaceutici (+9,5mln) e, segnatamente, per farmaci ad alto costo impiegati sia per terapie domiciliare che in

degenza ospedaliera, presidi chirurgici (+5,9mln) e materiali diagnostici (+1,2mln). Per quanti riguarda i beni non sanitari, si segnala l'aumento nei costi per combustibile da riscaldamento (+1mln).

b. Acquisto di servizi

Complessivamente i costi per acquisto di servizi incrementano di 20.660.941€ pari al 2,00%. In particolare:

- i costi per acquisto di prestazioni di ricovero segnano un incremento di € 2.636.682 (+2,38%) ascrivibile all'incremento dell'attrazione extra regionale delle strutture private (+3,2 ml di Euro) che, si ricorda, per le aziende sanitarie rappresentano una partita di giro in quanto pareggiate da corrispondente ricavo iscritto all'interno del valore della produzione. Tali incrementi sono parzialmente compensati da una riduzione nell'acquisto di prestazioni di ricovero sia da strutture private accreditate (0,5ml) che da strutture extraregionali (0,1ml);
- i costi per acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche incrementano di € 8.388.891 (+11,12%). Tale variazione è riconducibile a
    - incremento delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche direttamente fatturate non rientranti nelle eliminazioni di consolidamento (circa 5,88ml di Euro)
    - incremento nell'acquisto di prestazioni da strutture private regionali (1,1 ml di euro)
    - incremento nell'acquisto di prestazioni da aziende extraregione (1,4 ml di Euro)
- la spesa farmaceutica registra un decremento di 15.224.808€, pari al 6,0%;
- La medicina di base aumenta di 2.606.287€, pari all' 1,99% Tale aumento è riconducibile a
    - corresponsione ai medici di medicina generale dell'indennità contrattualmente prevista per la mancata sottoscrizione degli accordi integrativi regionali (0,9mln) ed ai pediatri di libera scelta delle quote integrative regionali di cui alla DGR 338/2011 (0,6mln) previste per la mancata sottoscrizione degli accordi integrativi regionali
    - incremento degli oneri per convenzioni per assistenza ostetrico-infermieristica e per assistenza domiciliare (1,1mln)
- le altre convenzioni presentano un incremento di € 4.545.600 (3,24%). Le principali variazioni si registrano nei costi per assistenza riabilitativa ed integrativa per anziani non autosufficienti (+4,7ml) parzialmente compensate da una riduzione nei costi per convenzioni per assistenza specialistica (0,2mln)
- i servizi appaltati aumentano di 8.867.365€ (+4,53%) di cui
    - 3,3mln riferiti ai costi per servizi gestione calore
    - 2,2mln riferiti ai costi per servizi di mensa
    - 1,2mln riferiti ai costi per servizi socio assistenziali a carico delle gestione delegate
    - 0,6mln riferiti ai costi per servizi di pulizia
    - 0,6mln riferiti ai costi per servizi di trasporto in ambulanza
    - 1mln riferiti a costi per altri servizi non sanitari (servizio di call center e gestione del magazzino centralizzato)

- le manutenzioni registrano un aumento di 6.183.910€ (+ 10,33%) di cui 3,4mln riferiti a manutenzioni di strutture edilizie, 2,4mln a manutenzioni di attrezzature sanitarie e 0,3mln a manutenzioni di attrezzature tecnico-economali. Le utenze registrano, rispettivamente, un incremento complessivo di 6.183.910€, pari al 10,33% e di 420.744€ pari al 1,39%.
- la macro classe "rimborsi – assegni, contributi e altri servizi" registra un aumento di 2.181.882€, (pari al 5,69%) per effetto essenzialmente dell'incremento dei rimborsi per attività sovraziendali delegate dalla Regione.

c. Godimento beni di terzi

I costi per godimento beni di terzi aumentato di 352.638€ (+1,32%) per effetto di un incremento nei costi per locazioni passive (+0,5mln), noleggio di attrezzature sanitarie (+0,4mln) , parzialmente compensato da una diminuzione nel costo dei canoni leasing (-0,6mln).

d. Costo del personale
Il costo complessivo del personale registra una diminuzione di 10.867.965€ pari all'1,08%. Per maggiori approfondimenti si rimanda alla specifico paragrafo relativo alle politiche del personale

e. Costi generali
I costi generali ed oneri diversi di gestione registrano un incremento di 1.243.989€ pari all'1,45% essenzialmente riconducibile ad un aumento dei premi di assicurazioni per RC professionale (1,5mln) parzialmente compensato da una riduzione nelle altre voci di costi generali (-0,3mln).

f. Ammortamenti e svalutazioni
Complessivamente gli ammortamenti e le svalutazioni registrano un lieve incremento pari a 205.472€ (+0,28%)

g. Accantonamenti per rischi e altri accantonamenti
Complessivamente gli accantonamenti registrano un incremento di 22.916.294€ (+78,03%) riconducibile essenzialmente:
- all'accantonamento effettuato dall'AOUUD – Dipartimento Servizi Condivisi per l'adeguamento del fondo rischi per la gestione centralizzata dei sinistri del Servizio Sanitario Regionale (17mln)
- agli accantonamenti effettuati dalle aziende del SSR, nelle more delle determinazioni della Giunta Regionale, riferiti agli introiti per compartecipazioni alla spesa sanitaria, previsti dal DL 6 luglio 2011, n. 98 per ticket (5,5mln).

GESTIONE FINANZIARIA

La gestione finanziaria presenta un saldo positivo di 4.093.312€, con un diminuzione rispetto al dato 2010 di 101.605€ (-2,4%).

GESTIONE STRAORDINARIA

La gestione straordinaria presenta un saldo positivo di 2.422.747€, con una diminuzione rispetto all'esercizio precedente pari a -1.082.319€ (-30,9%)

A completamento dell'analisi del conto economico consolidato, si riporta la tabella che indica i risultati economici dei presidi e delle aziende ospedaliere

Azienda	Ospedale	RISULTATO ECONOMICO 2011	
A.S.S. 2	Gorizia	(21.569.565)	
	Monfalcone	(10.036.125)	
A.S.S. 3	Tolmezzo	(3.205.698)	
	Gemona		
A.S.S. 4	San Daniele	(1.116.746)	
	Gervasutta	(3.838.676)	
A.S.S. 5	Palmanova	(2.705.164)	
	Latisana	(3.832.813)	
TOTALE PRESIDI OSPEDALIERI		(46.304.787)	(46.304.787)
A.O. di Udine		67.880	
A.O. di Pordenone		417.033	
A.O.U. di Trieste		429.514	
TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE		914.427	914.427
CRO di Aviano		4.327.130	
Burlo Garofolo di Trieste		952.855	
TOTALE IRCCS		5.279.985	5.279.985
		TOTALE OSPEDALI	**(40.110.375)**

1.5.2 La situazione patrimoniale

La situazione patrimoniale consolidata del Servizio sanitario regionale al 31.12.2011, confrontata con la situazione dell'esercizio 2010, è sinteticamente rappresentata dalla seguente tabella.

ATTIVO		ESERCIZIO 2010	ESERCIZIO 2011
A)	IMMOBILIZZAZIONI		
I.	Immobilizzazioni immateriali	979.000	1.071.562
II.	Immobilizzazioni materiali	1.125.354.441	1.181.372.774
III.	Immobilizzazioni finanziarie	183.776.147	200.439.211
	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (A)	**1.310.109.588**	**1.382.883.547**
B)	ATTIVO CIRCOLANTE		
I.	Rimanenze	48.046.807	49.816.786
II.	Crediti	435.597.770	417.863.197
III.	Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni	115.250	190.250
IV.	Disponibilità liquide	376.878.928	472.464.313
	TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE (B)	**860.638.755**	**940.334.546**
C)	**RATEI E RISCONTI (C)**	**3.243.663**	**3.018.968**
	TOTALE ATTIVO	**2.173.992.006**	**2.326.237.061**

PASSIVO E NETTO		ESERCIZIO 2010	ESERCIZIO 2011
A)	**PATRIMONIO NETTO**	**1.382.809.093**	**1.444.302.368**
B)	**FONDI PER RISCHI E ONERI**	**207.065.382**	**231.601.771**
C)	**PREMIO DI OPEROSITA' MEDICI SUMAI**	**7.607.929**	**8.329.739**
D)	**TOTALE DEBITI**	**555.121.730**	**612.331.599**
E)	**RATEI E RISCONTI**	**21.387.872**	**29.671.584**
	TOTALE PASSIVO E NETTO	**2.173.992.006**	**2.326.237.061**

L'andamento dei valori patrimoniali 2010 / 2011 mostra un aumento del valore complessivo dell'attivo e del passivo (da 2.174 milioni di Euro a 2.326 milioni di euro, pari al 7%), e del patrimonio netto (da 1.383 milioni di Euro a 1.444 milioni di Euro, pari al + 4,45%).

Le immobilizzazioni nette aumentano di 72,8mln di euro (+5,55%) e l'attivo circolante registra un aumento di 79,7mln di euro (+9,26%)

Si segnala inoltre un aumento nelle disponibilità liquide pari a + 95,6mln di euro (+ 25,36%) in conseguenza sia dell'avvenuta erogazione nel 2011 dell'intero finanziamento assegnato dalla Regione per spese sovraziendali che della contestuale diminuzione dei crediti che infatti registrano una diminuzione di 17,7mln di euro (-4,07%).

Per quanto riguarda il passivo patrimoniale si segnala un aumento del patrimonio netto di 61,5mln di euro (+4,45%) ed un incremento dei debiti di 57,2mln (+10,31%).

I fondi per rischi ed oneri aumentano di 24,5mln di euro (-11,85%) principalmente per effetto degli accantonamenti effettuati per l'adeguamento del fondo rischi per la gestione centralizzata dei sinistri del Servizio Sanitario Regionale e agli accantonamenti effettuati dalle aziende del SSR riferiti agli incassi per compartecipazione alla spesa di cui al già citato DL 6 luglio 2011, n. 98 (5,5mln).

Si riporta di seguito l'andamento dei principali indici di struttura e di liquidità.

Indici di struttura

Gli indici di struttura rappresentano la qualità della composizione delle diverse poste patrimoniali, ovvero delle scelte di investimento e finanziamento operate dalle Aziende dell'area di consolidamento e misurano pertanto la solidità patrimoniale - finanziaria del sistema regionale.

a) Indice di capitalizzazione	**ESERCIZIO 2010**	**ESERCIZIO 2011**
1 Totale patrimonio netto	1.382.809.093	1.444.302.368
2 Totale passivo e netto	2.173.992.006	2.326.237.061
3 1 : 2	**63,6%**	**62,1%**

b) Grado di copertura delle immobilizzazioni	**ESERCIZIO 2010**	**ESERCIZIO 2011**
1 Totale patrimonio netto	1.382.809.093	1.444.302.368
2 Totale Immobilizzazioni nette	1.310.109.588	1.382.883.547
3 1 : 2	**105,5%**	**104,4%**

In particolare, il valore *dell'indice di capitalizzazione* (calcolato come rapporto tra il totale del patrimonio netto ed il totale del passivo e netto) misura la quantità di risorse "proprie" disponibili a coprire i fabbisogni, ovvero, di converso, del concorso di terzi al finanziamento delle attività del sistema. Tale indice risulta, nel 2011 in lieve diminuzione rispetto al dato rilevato nel 2010 (da 63,6% a 62,1%).

Il *grado di copertura delle immobilizzazioni* (calcolato come il rapporto tra il patrimonio netto ed il totale delle immobilizzazioni nette), rappresenta la solidità della struttura patrimoniale e l'equilibrio della sua struttura temporale, in termini di rapporto tra fonti di finanziamento stabili (mezzi propri) ed investimenti (immobilizzazioni). Anche tale indicatore risulta in lieve diminuzione nel 2011 rispetto al 2010 (da 105,5% a 104,4%)

Indici di liquidità

L'analisi degli indici di liquidità, espressione dell'equilibrio tra attività correnti (disponibilità liquide ed attività liquidabili nel breve termine) e passività correnti (in scadenza nel breve termine) evidenzia un sostanziale equilibrio rispetto ai valori registrati nell'esercizio precedente.

Indice di liquidità (disponibilità liquide / passivo corrente)	**ESERCIZIO 2010**	**ESERCIZIO 2011**
Disponibilità liquide	376.878.928	472.464.313
Passivo corrente *	783.574.984	873.604.954
1 : 2	**48,1%**	**54,1%**

Indice di disponibilità (attivo corrente / passivo corrente)	**ESERCIZIO 2010**	**ESERCIZIO 2011**
Attivo corrente**	863.882.418	943.353.514
Passivo corrente	783.574.984	873.604.954
1 : 2	**110,2%**	**108,0%**

Acid test (attivo corrente meno rimanenze / passivo corrente)	**ESERCIZIO 2010**	**ESERCIZIO 2011**
Attivo corrente - rimanenze	815.835.611	893.536.728
Passivo corrente	783.574.984	873.604.954
1 : 2	**104,1%**	**102,3%**

* Passivo corrente = Totale Fondi per Rischi ed Oneri + Totale Debiti entro 12 mesi + Totale Ratei e Risconti passivi
** Attivo corrente = Totale Attivo circolante + Totale Ratei e Risconti attivi

Modalità di copertura dei risultati economici negativi e di destinazione dei risultati economici positivi delle Aziende sanitarie regionali

Come già evidenziato nel paragrafo precedente il conto economico consolidato del 2011 presenta un utile d'esercizio di 22.567.931€.

Con riferimento alla destinazione degli utili d'esercizio si richiama l'art. 10, comma 3, della L.R. 49/1996 che individua le seguenti possibili destinazioni del risultato positivi d'esercizio:

a) riporto a nuovo
b) accantonamento ad un fondo destinato all'incentivazione del personale
c) accantonamento ad un fondo destinato all'aggiornamento professionale
d) accantonamento ad un fondo destinato ad investimenti in conto capitale

Di seguito si riepilogano le proposte formulate dalle Aziende circa la destinazione degli utili 2011, come esplicitate negli atti aziendali di adozione dei bilanci:

AZIENDA	Utile 2011	Destinazione utile 2011 - Proposta aziendale
Azienda Sanitaria 1	3.357.505,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Sanitaria 2	2.666.298,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e) per il finanziamento degli interventi di seguito indicati: 1.000.000€ per l'acquisto, in sostituzione di n. 1 TAC per l'Osp. Di Gorizia e 2.666.298€ per acquisto e/o sostituzione di attrezzature sanitarie per le diverse strutture aziendali
Azienda Sanitaria 3	1.850.280,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Sanitaria 4	3.589.598,00	Il risultato economico è comprensivo dell'utile relativo alla gestione delegata dei servizi sociali del Distretto di San Daniele (+ 305.050€) e dell'utile della gestione delegata dei servizi per l'handicap (+453.048€). La destinazione degli utili relativi alle gestioni delegate è rimessa alle determinazioni, rispettivamente, dell'assemblea dei sindaci del Distretto di San Daniele e della Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci. L'azienda propone di destinare l'utile relativo alla gestione sanitaria (+2.786.500€) ad investimenti i n conto capitale ex LR 49/1996, art. 10l, comma 3, lettera e) per il finanziamento degli interventi di seguito indicati: 300.000€ per la progettazione preliminare della nuova sede del Distretto di Udine, 1.000.000€ per la realizzazione del CSM nell'ambito distrettuale di Codroipo, 425.000€ per il rinnovo del parco tecnologico-informatico, 1.106.500€ per il rinnovo di attrezzature sanitaria (in particolare per una Tac c/o l'Ospedale di San Daniele)
Azienda Sanitaria 5	4.351.345,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e) per il finanziamento degli interventi di seguito indicati: 1.500.000€ per la ristrutturazione dell'Osp. Di Latisana (avvio 4° lotto), 180.000€ per installazione caldai a vapore c/o osp. Latisana, 1.366.000€ per adeguamento antincendio Osp. palmanova (1° lotto),300.000€ per ristrutturazione ambulatori c/o Distretto Latisana, 300.000€ per acquisto attrezzatute per osp. Latisana, 200.000€ per acquisto attrezzature per osp. Palmanova, 300.000€ per allestimento PS e Area Emergenza Osp. Palmanova, 140.000€ per sostituzione automezzi, 65.345€ per aquisto attrezzature informatiche
Azienda Sanitaria 6	558.492,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e) per il finanziamento degli interventi di seguito indicati: 350.000€ per l'ampliamento del Centro diurno del CSM di Azzano X, 135.000€ per opere di completamento del Distretto di Aviano, 73.492€ per opere di abbattimento barriere architetotiche c/o distretto di Cordenons
Azienda Osp. Universitaria Udine	67.880,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Osp. Pordenone	417.033,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Osp. Universitaria di Trieste	429.514,00	L'azienda propone quale destinazione dell'utile in via principale il riporto a nuovo ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera a) ed in via subordinata l'accantonamento ad un fondo per investimenti ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
CRO	4.327.130,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e) ed in particolare per interventi di riqualificazione della centrale tecnologica e per l'acquisto di sistema robotizzato per sale operatorie
BURLO	952.855,00	L'azienda propone di destinare l'utile ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)

2. LE AZIENDE SANITARIE REGIONALI NELL'ANNO 2011

NOTA ESPLICATIVA

Per ogni Azienda di seguito sono riportati gli obiettivi aziendali e relativi risultati attesi per ogni linea progettuale. Per ogni obiettivo aziendale viene esplicitata:

- attuazione al 31/12/2011: le aziende descrivono lo stato di attuazione di quanto previsto nei risultati attesi;
- valutazione della Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e Politiche sociali (per brevità in seguito indicata DCSISSePS): viene rappresentata la valutazione sintetica della Direzione rispetto al raggiungimento del'obiettivo.

La valutazione è stata effettuata in base ai seguenti criteri:
Un obiettivo può essere considerato:

- raggiunto;
- non raggiunto;
- stralciato (è considerato stralciato quando l'obiettivo è stato annullato da disposizioni regionali, quando non è stato raggiunto per cause esterne e quando l'attività non si è svolta per assenza della domanda dell'attività stessa).

Quando l'obiettivo presenta più risultati attesi, ogni singolo risulato atteso viene valutato con i criteri di cui sopra e in base a queste valutazioni l'obiettivo viene valutato come:

- raggiunto, se tutti i risultati attesi sono stati raggiunti;
- non raggiunto, se tutti i risultati attesi non sono stati raggiunti;
- parzialmente raggiunto, se non tutti i risulati attesi sono stati raggiunti.

Se un risultato atteso risulata stralciato non viene considerato ai fini della valutazione complessiva dell'obiettivo.

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di Area Vasta)	**Risultato atteso**: - Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizione delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo. - Per quanto riguarda la funzione di neurologia sarà redatto un protocollo di AV per il trattamento precoce dell'ictus (trombolisi).
Attuazione al 31.12.2011: Documento condiviso di AV approvato il 30 aprile 2011. La definizione di un protocollo condiviso di AV per il trattamento precoce dell'ictus (trombolisi), già inserito nell'accordo, è previsto nel secondo semestre.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema	**Risultato atteso**: Entro il 30/04/2011 approvazione del Piano attuativo di Area Vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'aera amministrativa: - trattamento previdenziale, - acquisizione del personale, - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari, - fiscalità, - recupero crediti, - controllo sulle esenzioni ticket.
Attuazione al 31.12.2011: Il documento condiviso di AV è stato approvato il 30 aprile 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale: Elaborare e concordare in AV un Piano di produzione organico e coordinato per rispondere nei tempi previsti dalle normative vigenti nazionali e regionali ai bisogni clinici dei cittadini.	**Risultato atteso**: Vedi Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato
Attuazione al 31.12.2011: Il Piano di produzione viene rispettato. I Tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (prime visite e prestazioni diagnostiche) non hanno registrato criticità nel corso del 2011. Vedi Relazione sul Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Obiettivo aziendale: Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta per l'anno 2011	L'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta. Fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o uguali al 5% (rispetto al volume 2010)
Attuazione al 31.12.2011: Il Piano di produzione viene rispettato. Nel periodo considerato, tutte le prestazioni erogate i cui tempi d'attesa dovevano essere garantiti dall'ASS 1 hanno rispettato i tempi massimi previsti. Vedi Relazione sul Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.2 Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	
Obiettivo aziendale: Individuare modalità organizzative volte, attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori a: - superare la frammentazione dei percorsi di presa in carico degli utenti ed in particolare di quelli cronici - definire i tempi dei percorsi diagnostico terapeutici - migliorare la differenziazione tra 1 visite, controlli e follow up - semplificare e rendere trasparenti le regole di accesso alle prestazioni	**Risultato atteso**: Vedi Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato.
Attuazione al 31.12.2011: Rispetto alla riorganizzare del percorso di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali che seguono una prima visita e di quelle di controllo per la valutazione della progressione di malattie croniche ASS1 differenzia alcune agende a seconda se servono per la prenotazione di prime visite o di controlli Nel periodo considerato, tutte le prestazioni erogate i cui tempi d'attesa dovevano essere garantiti dall'ASS 1 hanno rispettato i tempi massimi previsti. Vedi Relazione sul Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.3 Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzare un'unica rete cup regionale.	
Obiettivo aziendale: Realizzazione di un CUP regionale	**Risultato atteso**: Vedi Linea 3.4.5.5
Attuazione al 31.12.2011: **Vedi Linea 3.4.5.5** Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011" Come già comunicato nella proposta di modifica del Patto del Direttore Generale, le Aziende che insistono nell'area Triestina (ASS 1, AOUTS, e IRCCS Burlo Garofolo) utilizzano il sistema di gestione G2, contrariamente a quanto accade in tutte le altre Aziende della Regione compresa ASS 2 che fa parte dell'Area Vasta Giuliano Isontina. Una tale situazione non permette di condividere per via informatica le agende di prenotazione. Per problemi tecnici, indipendenti dalla volontà delle tre aziende dell'area triestina, sarà possibile utilizzare il nuovo gestore G3 a partire dal 2012. Ciononostante per permettere a tutti i residenti nell'Area Vasta Giuliano isontina di prenotare su tutte le agende utili si è proceduto nella maniera seguente: 1. abilitazione da parte di ASS 2 del personale del Call center dell'Area triestina (N.B. – l'Area Triestina entrerà utilizzerà il Call Center regionale a partire dal 1.1.2012) a prenotare sulle agende di ASS 2, previa formazione all' utilizzazione del sistema di Gestione G3	

2. predisposizione di foglietti informativi che riportano il numero del Call center dell'Area Triestina da distribuire ai residenti nell'Area Isontina, 3. condivisione tra ASS 1 e ASS 2 delle modalità di stampa della prenotazione avvenuta tramite Call Center da parte di residenti nell'Area Isontina 4. inizio attività di prenotazione condivisa per tutti i residenti nelle due ASS dell'Area vasta Giuliano Isontina: 1 settembre 2011
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"

Linea n. 3.4.1.4 Prescrizione elettronica on line	
Obiettivo aziendale: Progressivo abbandono della prescrizione cartacea	**Risultato atteso**: vedi Linea 3.4.5. SISTEMA INFORMATIVO paragrafi 3.4.5.1; 3.4.5.5. e 3.4.5.6.
Attuazione al 31.12.2011: paragrafi 3.4.5.1; ASS1 ha allineato i sistemi di competenza, ha allertato gruppi di attenzione fra MMG e PLS, ma la Regione e Insiel non hanno reso disponibile il Sistema di Accoglienza Regionale e la prescrizione elettronica regionale, che sarà sperimentata in ASS3 entro il 2012. paragrafi 3.4.5.5. e 3.4.5.6.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni.	
Obiettivo aziendale: Applicazione della L.R. 7/09	**Risultato atteso**: Vedi Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato
Attuazione al 31.12.2011: Le Aziende di AV hanno definito una comune modalità operativa ed indicato il percorso da utilizzare in caso di superamento dei TA per le prestazioni previste dall'art. 12 della LR nr.7/2007. La relazione congiunta è stata inviata con prot. ASS1 n. 15648 del 08.04.2011. Il Piano di produzione viene rispettato. Nel periodo considerato, tutte le prestazioni erogate i cui tempi d'attesa dovevano essere garantiti hanno rispettato i tempi massimi previsti. Vedi Relazione sul Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea 3.4.1.6. Libera professione	
Obiettivo aziendale: Controllo dei Volumi e dei Tempi d'attesa delle prestazioni rese in regime di Libera professione confronto con quelli istituzionali	**Risultato atteso**: vedi Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato
Attuazione al 31.12.2011: I Report di comparazione, così come indicati, vengono effettuati di routine trimestralmente e invia alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali ogniqualvolta richiesto. Nel periodo considerato, tutte le prestazioni erogate i cui tempi d'attesa dovevano essere garantiti dall'ASS 1 hanno rispettato i tempi massimi previsti. Vedi Relazione sul Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3 – 3.4.1.7. Criteri di priorità	
Obiettivo aziendale: Estensione a nuove categorie di prestazione di criteri di priorità condivisi a livello regionale	**Risultato atteso**: vedi Piano per il contenimento dei Tempi d'attesa allegato
Attuazione al 31.12.2011: OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali	
Obiettivo aziendale: Proseguire l'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili previsti dal Piano Regionale per la Prevenzione (di seguito indicato con PRP).	**Risultato atteso:** Miglioramento/mantenimento dei tassi di copertura raggiunti al 31/12/2010: MPR: 90% 1^ dose e 85% 2^ dose, pertosse: 95% 3 dosi a 24 mesi
Attuazione al 31.12.2011: MPR 1° dose 90.8% MPR 2° dose 87.4% Vaccinati con tre dosi di pertosse 95.2%	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Posto che gli obiettivi del programma di vaccinazione sono il raggiungimento di una copertura >95%, con tre dosi di vaccino, entro i cinque anni dall'inizio del programma di vaccinazione, l'obiettivo regionale è il mantenimento/miglioramento delle coperture raggiunte	**Risultato atteso:** Miglioramento di 10 punti percentuali rispetto ai tassi di copertura storici, considerato che il tasso di copertura di questa Azienda per la vaccinazione HPV è stabilmente inferiore al 35%,
Attuazione al 31.12.2011: Il Δ rispetto ai dati del 31 dicembre 2010 è oltre il 10%, in tutte le coorti oggetto di catch up (coorte 1993 48.2% - coorte 1994 51.3% - coorte 1995 50.2% - coorte 1996 53.1% - coorte 1997 56.8% - coorte 1998 50.5% - coorte 1999 42.8%)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Rilevare attivamente gli eventi avversi alle vaccinazioni	**Risultato atteso:** Report eventi avversi al 30/06/2011 e al 31/12/2011
Attuazione al 31.12.2011: Al 30.06.2011 registrati 2 eventi avversi da vaccinazione anti HPV. Nel secondo semestre registrato 1 evento avverso. Per tutti gli eventi avversi è stata seguita la prevista procedura di segnalazione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Proseguire con le attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale	**Risultato atteso:** - Utilizzo, negli ambulatori vaccinali del Dipartimento di Prevenzione, della check list anamnestica informatizzata nel 50% dei casi ad avvenuta verifica/revisione da parte di INSIEL e Direzione Centrale Salute (DCSISSePS) della scheda stessa: - applicazione del regolamento della seduta vaccinale (Delibera di Giunta Regionale n 1769 dd 20.7.2007) in tutte le sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione

	- partecipazione al gruppo di lavoro regionale istituito nell'ambito del progetto del PRP di migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi a rischio.
Attuazione al 31.12.2011: - La check list informatizzata è stata utilizzata nel 92% dei soggetti vaccinati nel corso dell'anno; il mancato utilizzo nel restante 8% dei casi è imputabile esclusivamente alle criticità del sistema informatico - Il regolamento della seduta vaccinale viene applicato nelle sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione. - La partecipazione al gruppo di lavoro regionale è garantita. Un evento formativo sulle strategie vaccinali, con particolare riferimento alla campagna di vaccinazione anti HPV ("Il Papilloma virus a Trieste: miglioramento dell'accessibilità e delle coperture dei soggetti a rischio"), è stato realizzato il 18 ottobre 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.2 Prevenzione infortuni e malattie professionali - Edilizia	
Obiettivo aziendale: Attivare, promuovere azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione anche condivisi con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	**Risultato atteso:** Monitoraggio di almeno il 20% dei cantieri edili notificati. Mantenere il numero di cantieri edili vigilati come da piano nazionale edilizia.
Attuazione al 31.12.2011: 272 cantieri monitorati su 270 (obiettivo preventivato 270 corrispondente al 20%). 228 cantieri edili ispezionati (obiettivo assegnato 226). Rispettato il piano nazionale edilizia per il numero di cantieri edili vigilati. Effettuata la trasmissione quindicinale alla Direzione Provinciale del Lavoro, all'INAIL e all'INPS dell'elenco dei cantieri ispezionati.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Infortuni	
Obiettivo aziendale: Proseguire nell'inserimento infortuni gravi e mortali segnalati al servizio sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione o altra azione elementi di natura prevenzionistica	**Risultato atteso:** Inserimento di tutti gli eventi occorsi rientranti della definizione di gravi, accaduti tra il 30/09/2010 ed il 30/09/2011, per i quali le attività di indagine si siano concluse al 31/12/2011
Attuazione al 31.12.2011: Sono stati inseriti tutti i casi riconosciuti nella fattispecie.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Malattie Professionali	
Obiettivo aziendale: Proseguire nell'inserimento malattie professionali refertate al servizio sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione od almeno possa individuare elementi di concausa professionale.	**Risultato atteso:** Inserimento di almeno il 50% dei casi di malattia professionale refertati dopo il 1/01/2010 ed oggetto di indagine da parte dei servizi entro il 31/12/2011.
Attuazione al 31.12.2011: Sono stati inseriti i casi nella misura prevista. Registrati 104 su 123 corrispondenti al 84,55%	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Agricoltura	
Obiettivo aziendale: Azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione nel comparto dell'agricoltura	**Risultato atteso:** Monitoraggio del numero di aziende agricole che sarà definito a livello regionale per ASS1.
Attuazione al 31.12.2011: Attività di informazione delle aziende di categoria svolta. I sopralluoghi sono stati effettuati nel numero definito a livello regionale (due aziende).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.3 : Prevenzione obesità	
Obiettivo aziendale: Prevenzione e promozione salute nella fascia di età 0-3 anni al fine di mantenere la % di bambini obesi al di sotto del 4% e ridurre il sovrappeso in età infantile 0-5 anni.	**Risultato atteso:** - Partecipazione attiva ai lavori del gruppo regionale impegnato per la stesura della Bozza aggiornata (documento regionale) delle Linee Guida ristorazione collettiva. - Definizione di almeno un protocollo operativo entro il 2011 per le attività del Percorso Nascita distrettuale. - Inserimento di almeno il 95% delle schede e monitoraggio dell'andamento dei tassi di allattamento esclusivo alla 2° vaccinazione - 1 Intervento formativo sull'alimentazione nella prima infanzia rivolto agli operatori di ASS1 e 1 intervento formativo per gli operatori dei nidi del territorio.
Attuazione al 31.12.2011: - Il personale interessato ha partecipato attivamente ai lavori del gruppo regionale. La bozza proposta dal gruppo di lavoro è stata trasmessa al referente della Direzione Centrale Salute (DCSISSEPS), accompagnata dalle osservazioni della struttura complessa igiene degli alimenti e nutrizione (SCIAN) ASS1 - Protocollo definito e applicato nei 4 distretti a partire da novembre. - In tutti e 4 i distretti l'Inserimento nel sistema informativo regionale dei dati relativi all'allattamento esclusivo alla 2° vaccinazione avviene regolarmente ed è quasi del 100% (Effettuate 389 rilevazioni alla seconda vaccinazione al D1 100%, 402 al D2 100%, 197 su 202 al D3 98%, 471 schede di rilevazione su 474 al D4 99,3%) - Realizzato il 20 e il 23 giugno un corso di aggiornamento per gli operatori delle 4 strutture dei Distretti e del Dipartimento di Igiene e Prevenzione (DIP) dedicato al tema dell'allattamento al seno e alimentazione nella fascia d'età 0-3 all'interno dei percorsi nascita. Effettuato corso di formazione per educatori dei nidi della provincia in data 28 ottobre, 12 e 26 novembre. In particolare, è stato costituito un Gruppo di Lavoro Multiprofessionale con partecipanti delle SC Tutela salute bambini donne e famiglie dei 4 distretti per la definizione del protocollo operativo per le attività del Percorso Nascita distrettuale relativo all'allattamento al seno e dell'alimentazione 0- 3 anni che è condiviso e applicato da novembre 2011. Il Gruppo Multiprofessionale interdistrettuale ha anche definito il documento della Politica Aziendale sintetica sull'allattamento al seno e l'alimentazione nella prima infanzia approvato dalla Direzione strategica. Disponibilità documentazione. Effettuato corso di formazione per educatori dei nidi della provincia: 28 ottobre, 12 e 26 novembre 2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.4 Prevenzione incidenti stradali	
Obiettivo aziendale: Partecipare al progetto sicuraMENTE (previsto dal PRP 2010-2012) che prevede programmi ed interventi inseriti nei curriculum scolastici, nel quadro di una collaborazione strutturata tra sanità, scuola, trasporti,	**Risultato atteso:** - Adesione al progetto. - Nelle scuole di 2° grado elaborazione di materiale scientifico condiviso a livello regionale e successivi interventi formativi /informativi rivolti agli studenti

FVG-strade	delle classi II e IV in 2 istituti cittadini.

Attuazione al 31.12.2011: - Piena adesione. Predisposto il materiale scientifico in condivisione con altre aziende regionali - Effettuati gli incontri negli istituti "Galvani" e "Volta" di Trieste. Effettuati ulteriori 5 incontri in 4 istituti superiori della provincia di Trieste nei mesi di novembre e dicembre 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Prosecuzione delle azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute	**Risultato atteso:** - Effettuare azioni di sensibilizzazione in almeno due amministrazioni comunali della Provincia di Trieste in collaborazione con Federsanità ANCI. - Organizzazione di un workshop in collaborazione con le amministrazioni comunali.
Attuazione al 31.12.2011: Realizzato in data 17.11.2011 workshop rivolto ai Comuni di Duino Aurisina, Sgonico e Monrupino	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.5 : Prevenzione incidenti domestici	
Obiettivo aziendale: Ridurre la mortalità ed i ricoveri da eventi traumatici (in particolare frattura di femore) nella popolazione anziana ospite di strutture o assistita a domicilio attraverso interventi in collaborazione con associazioni ed Enti Locali;	**Risultato atteso:** - Almeno due interventi informativi/formativi destinati ai care givers, al fine di formarli sulla valutazione dei rischi di infortunio domestico mediante strumenti standardizzati quali le check list, che forniscono anche indicazioni preventive. - Almeno due interventi informativi/formativi rivolti agli operatori che accedono alle abitazioni degli utenti a scopo di prevenzione o assistenza al fine di renderli capaci di rilevare i principali rischi di infortunio domestico mediante strumenti standardizzati quali le check list, che forniscono anche indicazioni preventive;
Attuazione al 31.12.2011: - Realizzato in data 16.06.2011 l'evento formativo: "la prevenzione degli incidenti domestici: rilevazione dei rischi nelle abitazioni di anziani e soggetti con patologie" con test di apprendimento positivo per oltre il 90% dei partecipanti. - Realizzati 4 interventi nel mese di ottobre (uno per ogni Distretto sanitario di 6h per ciascuno) e formati 100 care giver. - Realizzata e diffusa una check list diffusa in 170 mila copie nella provincia di TS in collaborazione con INAIL e ACEGAS APS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Ridurre i ricoveri per eventi traumatici da caduta ed i ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini 0-4 anni attraverso interventi integrati e multifattoriali.	**Risultato atteso:** Almeno due interventi informativi/formativi rivolti agli operatori che interagiscono con l'utenza al fine di formarli sulla valutazione dei rischi di infortunio domestico mediante strumenti standardizzati quali le check list, che forniscono anche indicazioni preventive.
Attuazione al 31.12.2011: Realizzato in data 17.06.2011 l' evento formativo: "gli incidenti domestici nella fascia di età 0-4 anni con riferimento agli eventi traumatici da caduta e i ricoveri per avvelenamento e ustioni " con test di apprendimento positivo oltre il 90% dei partecipanti. Completata l'offerta formativa secondo programma.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.6 programma guadagnare salute

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
lotta al tabagismo: Promozione ed adesione alle iniziative nazionale di contrasto al tabagismo con l'implementazione di "Luoghi di lavoro e contesti liberi dal fumo".	lotta al tabagismo: - Risposta ad almeno il 90% delle domande giunte al Centro Interdipartimentale per il Tabagismo (CIPCT) dai dipendenti dell'ASS n1 triestina nell'ambito del progetto "Operatori della sanità liberi dal fumo". - Esecuzione del progetto "paesaggi di prevenzione" e "smoke free class" in tutti gli istituti scolastici che lo richiederanno - Risposta da parte del Centro Interdipartimentale per il tabagismo (CIT) al 90% delle domande giunte dai lavoratori delle RSA e delle case cura convenzionate che partecipano al Progetto "Operatori della sanità liberi dal fumo"

Attuazione al 31.12.2011:
- Data risposta al 100% delle domande dell'ASS n.1 (22 su 22)
- I progetti "paesaggi di prevenzione" e "smoke free class" sono stati inseriti nell'offerta di i interventi di prevenzione dell'ASS1 formalizzata nel "piano di prevenzione aziendale". Pervenute richieste da due scuole medie per smoke free class e di due istituti superiori per "Paesaggi di Prevenzione".
- Data risposta al 100% delle domande giunte dai lavoratori (35 su 35).

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
lotta all'abuso di alcol: Promuovere la realizzazione di iniziative di contrasto all'assunzione di alcol nei diversi setting (scuole, enti, istituzioni) con riferimento particolare ai lavoratori del settore trasporti, ai lavoratori del comparto edile.	lotta all'abuso di alcol: - Realizzazione di almeno tre incontri di informazione/formazione per lavoratori ed addetti alla sicurezza sul lavoro di imprese edili e del settore dei trasporti, con l'attivazione di interventi di controllo con la rilevazione dell'alcolemia tra i lavoratori dei due comparti addetti alle attività lavorative a rischio. - Predisposizione, in collaborazione con la Struttura complessa Dipendenze da sostanze Legali, di un depliant informativo rivolto ai lavoratori. Tale depliant verrà inviato, tramite le associazioni/enti di categoria, ad un numero di imprese edili pari almeno al 20% di quelle notificate nell'anno, alle aziende del settore trasporti operanti in abito portuale e all'azienda di trasporti pubblici "Trieste Trasporti S.p.A.".

Attuazione al 31.12.2011:
- Realizzati 14 incontri di informazione/formazione agli autisti dell'Azienda Trieste Trasporti (22, 24, 29 marzo; 5, 12 ,13 aprile; 3, 4, 19, 26 maggio; 12 e 19 ottobre; 9 e 16 novembre, presso la sede aziendale), 4 agli addetti ai trasporti e alla movimentazione carichi della ditta Pasta Zara (10, 15, 21 e 23 novembre 2011, presso la sede aziendale), 1 con gli addetti delle imprese edili operanti in provincia (14 aprile, presso l'Istituto A.Volta), un incontro informativo con i referenti aziendali per la sicurezza ed i medici competenti, compresi delle aziende di trasporto e del settore costruzioni (25 novembre). In totale gli incontri hanno coinvolto 845 lavoratori dei comparti in esame.
- Sono stati effettuati controlli alcolimetrici a 107 lavoratori.
- E' stato predisposto il depliant informativo per i lavoratori in collaborazione con la S.C. Dipendenze da Sostanze Legali, lo stesso è stato distribuito ai dipendenti delle ditte "Trieste Trasporti S.p.A." e "Pasta Zara

S.p.A.", Autorità Portuale e, tramite le Associazioni di categoria (Confindustria, ANCE, Confartigianato, ecc.) alle aziende del comparto edilizia e del settore trasporti. Sono stati inoltre organizzati 2 eventi formativi rivolti al personale dell'ASS 1 addetto ad attività lavorative a rischio ed estesi anche al personale dell' AOUTS, IRCCS Burlo Garofolo, Università degli Studi di Trieste e ASS2. La prima edizione è stata realizzata il 10 giugno 2011 a cui hanno partecipato 143 persone tra dipendenti ASS1 e AOUTS. La seconda edizione si e' svolta il 30 settembre 2011 e vi hanno partecipato 57 persone tra dipendenti ASS1 e AOUTS.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
attività motoria: Diffondere una cultura del movimento come stile di vita nella popolazione fragile o più sedentaria.	attività motoria: Mantenimento dei programmi già in essere ("muoviamoci assieme e benessere di soggetti terzi al SSR. ")

Attuazione al 31.12.2011:
I programmi sono mantenuti: 11 gruppi per 205 partecipanti (nel 2010: 11 gruppi per 190 partecipanti)

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.7 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di audit e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari di svolgere i controlli ufficiali in modo coerente	Raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011.

Attuazione al 31.12.2011:
Eseguito il numero di ispezioni previste dal Piano quadriennale sicurezza ambientale (PQSA) regionale 2011.
Il dettaglio dei dati è complesso e raccolto in un modello previsto dalla DCSISSePS che è composto di 17 pagine (già trasmesso alla DCSISSePS stessa con PEC 15580-2012/GEN.IV.1.E dd 6.4.2012). Alcuni dati di sintesi: eseguite le 248 ispezioni previste dal PQSA 2011, 752 accessi per controlli ufficiali in stabilimenti e imprese alimentari, 112 accessi in stabilimenti per attività di campionamento ufficiale.
Eseguito il numero di audit previsti dal PQSA.
Completata la Formazione sul campo prevista dalle linee di gestione 2011 .

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Almeno mantenere l'attività di classificazione del rischio delle piccole imprese alimentari registrate, quali agriturismi ed aziende agricole, allo scopo di modulare la frequenza dei controlli ufficiali.	Tenendo conto delle emergenze sanitarie, e delle risorse umane disponibili nel 2011, saranno categorizzati i rischi di piccole imprese alimentari registrate al fine del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011.

Attuazione al 31.12.2011:
Sono stati effettuati i sopralluoghi e le verifiche sulle buone prassi igieniche " on site " nelle piccole imprese alimentari (agriturismi e aziende agricole) ai fini della predisposizione di un data base per la classificazione del rischio con particolare riferimento alla sicurezza alimentare delle tipologie dei prodotti tipici locali del Carso Triestino.
Effettuate 38 ispezioni in agriturismi e aziende agricole, 26 verifiche " on side " sulle buone prassi igieniche in agriturismi e aziende agricole.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Organizzare eventi formativi per il personale su problematiche relative al cosiddetto "pacchetto igiene.	Almeno 2 progetti formativi per il personale dei Servizi veterinari di Area Vasta.

Attuazione al 31.12.2011:

Realizzati i progetti formativi. Effettuato il10 e 11 novembre 2011 un corso ECM rivolto ai veterinari, medici e tecnici della prevenzione di area vasta, regionale e personale dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie riguardante: "La sicurezza alimentare nella filiera delle carni suine per la produzione dei prodotti tipici del Carso Triestino. L'esperienza della ASS 1 nelle aziende agricole".

Organizzata a dicembre una giornata rivolta ai veterinari, medici e tecnici della prevenzione di area vasta con la collaborazione del personale dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie –sezione di Pordenone- e con la presenza dei produttori locali, riguardante gli aspetti igienico sanitari e la sicurezza alimentare dei prodotti tipici locali (Carso Triestino): comunicazione dei risultati ottenuti e valutazione del livello del rischio sanitario nelle piccole imprese alimentari (agriturismi e aziende agricole).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Razionalizzare ed uniformare le procedure operative del controllo ufficiale anche alla luce del Sistema informativo per i Servizi Veterinari e per i Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.S.A.Ve.R)	- Partecipazione, anche attraverso una fase di sperimentazione pratica e valutazione critica, alle riunioni del gruppo regionale che segue e orienta lo sviluppo degli applicativi, - Utilizzo del sistema informativo SISAVER e successivi aggiornamenti con inserimento dei dati dei controlli ufficiali

Attuazione al 31.12.2011:

La partecipazione ai lavori è stata organizzata attraverso una formazione sul campo regionale promossa da SCIAN ASS1 e ASS4 (ASS1_00312 - Applicazione condivisa del programma informatico regionale SISAVER - controllo ufficiale- da parte dei SIAN del FVG).

Analoga formazione sul campo promossa a livello di SCIAN ASS1 (ASS1_00381 - Sistema informativo regionale SISAVER – modalità di utilizzo del programma e indicazioni operative per il controllo ufficiale.

Le procedure e l'inserimento nel sistema informativo SISAVER dei controlli ufficiali (Reg CE 882/04) sono uniformate e in applicazione da parte del Servizio veterinario. Il programma informatico Regionale SISAVER è quindi applicato e viene seguito nello sviluppo degli applicativi dal gruppo di lavoro regionale mediante incontri e riunioni.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE.	Elaborazione di almeno un progetto secondo la metodologia PCM (Project Cycle Management) e avvio delle fasi attuative.

Attuazione al 31.12.2011:

Con nota prot. n. 13426/SPS-VETAL del luglio scorso la DCSISSePS ha precisato che "questo obiettivo si può considerare raggiunto attraverso la partecipazione al corso di formazione organizzato dalla DCSISSePS stessa "Progettare in salute pubblica veterinaria" secondo la metodologia PCM (Project Cycle Management).

Hanno partecipato al corso la responsabile della S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione, il responsabile della S.C. Sanità Pubblica Veterinaria e un dirigente veterinario della S.S. Tutela igienico sanitaria alimenti di origine animale. Il corso è stato realizzato a Gorizia il 28 e il 29 settembre 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Mantenere il livello di sorveglianza negli allevamenti secondo quanto disposto dal PNAA e del PNR.	90% dei campionamenti previsti dal PNAA e dal PNR per il 2011.

Attuazione al 31.12.2011:

Eseguiti tutti i campionamenti previsti dal PNAA e dal PNR.

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Linea n. 3.4.2.8 Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale: Mantenere attivi i programmi di sorveglianza utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione.	**Risultato atteso:** Partecipazione ai programmi PASSI e OKKIO alla salute secondo le indicazioni regionali.
Attuazione al 31.12.2011: Partecipazione assicurata. Programma PASSI: effettuate le interviste come da indicazioni regionali (280) Programma OKKIO: nessuna indicazione regionale	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.9 : Programmi di screening	
Obiettivo aziendale: <u>Screening cervice uterina:</u> Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale. Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio.	**Risultato atteso:** - Revisione del 95% della casistica assegnata. - 95 % della popolazione prevista per il 2011
Attuazione al 31.12.2011: - Non è stata necessaria la collaborazione alla revisione di casi di tumore, per la nostra azienda, nell'anno2011. - Sono state invitate 19105 donne nel 2011 pari al 100% della popolazione obiettivo	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: <u>Screening mammella:</u> Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio.	**Risultato atteso:** 95 % della popolazione prevista per il 2011.
Attuazione al 31.12.2011: Le lettere d'invito sono inviate direttamente dalla Direzione Centrale Salute (DCSISSeP), che utilizza l'anagrafe sanitaria regionale. Possiamo fornire solo il dato di adesione. Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2011 sono state invitate a fare la mx sul camper 19561 donne. Di queste si sono presentate a fare la mx 12308 alle quali vanno aggiunte 490 donne che si sono presentate spontaneamente. Il totale delle donne che ha fatto la mx di screening nel 2011 è quindi di 12798. La percentuale di adesione è del 65,42%.. Si può affermare che l'adesione è in crescita costante (nei primi sei mesi del 2011 era stata del 62,85%).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: <u>Screening colon retto:</u> Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio. Adesione al test di screening	**Risultato atteso:** - 95 % della popolazione prevista per il 2011. - Almeno 50 %
Attuazione al 31.12.2011: - Le lettere d'invito sono inviate direttamente dalla DCSISSeP, che utilizza l'anagrafe sanitaria regionale. - Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO Nota: il secondo risultato atteso è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.3.1 : Accreditamento istituzionale	
Obiettivo aziendale: Completamento delle procedure di accreditamento per le strutture sanitarie ambulatoriali e residenziali.	**Risultato atteso:** - Individuazione di un referente entro il 31/01/2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private - Messa a disposizione dei 4 professionisti valutatori formati e individuazione di altri 2 professionisti sanitari da formare a carico della regione per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private - Elaborazione di un documento che indichi la tipologia dell'utenza e le caratteristiche strutturali e organizzative della RSA alcoologica.
Attuazione al 31.12.2011: - Il referente è stato individuato (dott. G. Romano) e formalmente trasmesso con nota (prot 1395 I.2.A-I.1.D del 13/01/11). - Sono messi a disposizione i professionisti richiesti. Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011" - Il documento riguardante la tipologia e l'utenza e le caratteristiche strutturali e organizzative della RSA Alcoologica è stato inviato alla DCSISSePS il 22/12/11 prot n 56206/GEN.I.2A – I.1DS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO Nota: lo stralcio, come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011", si riferisce al numero delle giornate stimate a causa del ritardo nell'approvazione della delibera DGR 1436/2011	

Linea n.3.4.3.2 : Farmaceutica	
Obiettivo aziendale: Incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto in particolare promuovere iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010;	**Risultato atteso:** - 2 iniziative nel 2011 rivolte ai MMG/PLS/SA/MCA e ai cittadini - Medicinali equivalenti: l'Azienda attiva strumenti di monitoraggio, di audit e feedback con i prescrittori e di incentivazione alla prescrizione dei medicinali equivalenti. Inoltre dovranno essere attivate opportune iniziative al fine di tendere al raggiungimento dei target prescrittivi individuati dall'AIFA e dal MEF (ai sensi del DL 78/2010).
Attuazione al 31.12.2011: Sono state realizzate 3 iniziative rivolte ai MMG/PLS/SA/MCA e ai cittadini: - 26/1/2011 Evento formativo "Il Prontuario Terapeutico di Area Vasta: strumento per la gestione di una terapia ottimale del diabete mellito" - 23/6/ 2011 Evento formativo "Come possiamo migliorare l'appropriatezza d'uso delle statine alla luce delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni ufficiali" - 18/2/2011 Evento ai cittadini patrocinato ADOS "I nuovi farmaci" Sono stati inoltrati 2 report: - al DSM (antidepressivi SSRI ed antipsicotici) Prot 26074 dd 14/6/2011 - ai MMG/PLS/SA/MCA (I-ACE e sartani) Prot 2567 dd 20/1/2011 - ai MMG/PLS/SA/MCA antidiabetici Prot 31297 dd 14/7/2011 - ai MMG/PLS/SA/MCA antidiabetici Prot 46751 dd 20/10/2011 Sono stati prodotti 2 numeri del foglio informativo sulla farmaceutica "così è se vi pare" - n. 22 "Antidiabetici", gennaio 2011 - n. 23 "Statine", giugno 2011	

Si sono organizzati 3 incontri presso i Distretti 4 (22/9/11), 2 (5/10/11) e 3 (14/10/11) con le UDMG al fine di tendere al raggiungimento dei target prescrittivi individuati dall'AIFA e dal MEF (ai sensi del DL 78/2010).
Nel primo semestre 2011 si è conseguito un utilizzo, espresso in Defined Daily Dose di:

- molecole a brevetto scaduto sul totale della classe degli inibitori di pompa protonica (A02BC) pari al 83,4%
- ACE-inibitori non associati (C09A) sul totale degli ACE-inibitori non associati (C09A) e dei sartani (C09C) pari al 67,4%
- ACE-inibitori associati a diuretico (C09B) sul totale degli ACE-inibitori associati a diuretico e dei sartani associati a diuretico (C09D) pari al 42,5%
- losartan (C09CA01)(farmaco a brevetto scaduto) sul totale della classe dei sartani (C09CA) pari al 14,5% (si segnala che il dato fornito per il primo quadrimestre era errato, in valore corretto è 14,3%)
- molecole a brevetto scaduto sul totale della classe delle statine pari al 34.8%
- molecole a brevetto scaduto sul totale della classe degli SSRI pari al 78,2%

In totale le DDD dei farmaci a brevetto scaduto delle categorie comprese nel DL 78/10 sono state incrementate del + 5,4% (I semestre 2011 vs. I semestre 2010)

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Favorire l'attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva a livello territoriale e la messa a regime della registrazione dei dati sul portale AIFA dedicato per l'area oncologica.	a) L'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con nota n.18104/SPS/farm del 11.10.2010. b) Oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali.

Attuazione al 31.12.2011:
a) Sono state effettuate tempestivamente 296 (100%) registrazioni sul portale AIFA delle erogazioni effettuate per i farmaci antineoplastici sottoposti a monitoraggio.
Sono state effettuate le richieste di rimborso consentite dal sistema e sono state inoltrate alla DCSISSePS le evidenze dei rimborsi ottenuti dalle aziende farmaceutiche per i farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio (prot 20123 dd 9.05.11 per primo quadrimestre 2011, prot 25596 dd 10.06.11 per maggio 2011, prot 32497 dd 22.7.11 per giugno, prot 35201 dd 10/8 per luglio, prot 39898 dd 13/9 per agosto, prot 44838 dd 11/10 per settembre.
b) Nella cartella oncologica sono state riportate le informazioni essenziali in 293/293 nuove cartelle aperte (100%).

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Proseguire con la distribuzione diretta dei medicinali anche in ambito di residenzialità/ADI.	Distribuzione diretta: a) fino all'eventuale stipula da parte delle aziende di accordi ai sensi dell'art.8, c.1 lettera a), L'Azienda dà la massima attuazione alla distribuzione diretta, attivando ogni utile strumento. Il residuo PHT sulla convenzionata, in valore, dovrà tendere ad essere azzerato. In ogni caso eventuali studi farmaco-economici o di fattibilità sulla distribuzione diretta/per conto, che le aziende ritengano di dover

	ulteriormente approfondire, non dovranno sospendere o rallentare le iniziative di sviluppo e di potenziamento della diretta. b) nel corso del 2011, l'Azienda porta a regime la distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Attuazione al 31.12.2011:

a) Le iniziative di sviluppo e di potenziamento della diretta sono quindi continuate nel 2011, anche attraverso accordi con le altre Strutture del SSR, portanto ad un incremento dell'erogazione dei farmaci ricompresi nel PHT, da € 8.281.926 nel 2010 di cui € 5.354.697 attraverso le proprie Strutture a € 9.566.030 nel 2011di cui € 6.099.277 attraverso le proprie Strutture.

b) In tutti e 4 i Distretti è garantita la distribuzione diretta in assistenza domiciliare cosi come nelle case di riposo convenzionate e nelle RSA.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Assicurare l'attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e di assistenza integrativa (AFIR).	Assistenza integrativa: l'Azienda potenzia, in un' ottica di efficienza, la distribuzione diretta e/o stipuleranno accordi per l'erogazione di tali prodotti (es. accordi con grossisti, farmacie, MMG/PLS).

Attuazione al 31.12.2011:

Gli accordi per la distribuzione diretta seguono l'iter di concertazione della distribuzione per conto (tavoli di lavoro iniziati 01/07/2011).

E' stata effettuata un'indagine con la collaborazione del Distretto n. 4 sulle prescrizioni contenenti autorizzazioni per prodotti "fuori elenco" AFIR rilasciate dai medici di Distretto

E' stato elaborato un report analitico dei prodotti per stomia erogati attraverso le farmacie convenzionate con le categorie dei prodotti, numero di confezioni erogate e relativa spesa

Nel Trimestre luglio-Settembre 2011 è stato eseguito con la collaborazione del personale del Distretto n. 4 un controllo sulle ricette con autorizzazioni "AFIR" rilasciate dai Distretti

E' stato effettuato un rapporto su prescrizioni AFIR e provvedimenti autorizzativi prot.n. 31303 GENII 2 C7 dd 14 luglio 2011 con le risultanze del controllo effettuato sulle prescrizioni AFIR

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.3 Sicurezza e governo clinico

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza.	Trasmissione alla Direzione Centrale della Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Attuazione al 31.12.2011:

Il documento sui risultati 2010 in tema di rischio clinico è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali. Il programma sugli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza è stato condiviso nel gruppo di lavoro regionale ad hoc istituito.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Trasmissione alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di

	miglioramento fissati per l'anno in corso.
Attuazione al 31.12.2011: Il documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno 2011 è stato inviato nei tempi richiesti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza.	**Risultato atteso:** Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza, secondo le modalità che saranno emanate dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
Attuazione al 31.12.2011: Non è possibile la partecipazione di ASS1 allo studio europeo di prevalenza sulle infezione correlate all'assistenza (EPPS) , in quanto sono inclusi nello studio solo ospedali e reparti per acuti	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n. 3.4.3.4 : Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale: Le Aziende avvieranno l'attività di censimento dei medici prescrittori garantendo la loro collaborazione al processo di formazione.	**Risultato atteso:** Utilizzo della procedura informatizzata
Attuazione al 31.12.2011: Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
Obiettivo aziendale: Le Aziende dovranno assicurare la prosecuzione dell'attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri nel 2010 con obiettivo di rendere efficace e uniforme l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa, garantire la qualità degli interventi in tutte le fasi delle prestazioni.	**Risultato atteso:** ASS1 garantirà la partecipazione.
Attuazione al 31.12.2011: ASS1 ha individuato i referenti che hanno partecipato regolarmente a tutti gli incontri dei vari gruppi e sottogruppi di lavoro regionali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.5 : Cure palliative	
Obiettivo aziendale: Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regione, e sua documentazione nei documenti sanitari sia medici che infermieristici utilizzati in RSA, in Hospice e nell'assistenza domiciliare	**Risultato atteso:** <u>Hospice</u> - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi. - Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno (>) nel 95% dei casi. - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi.

	RSA - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi. - Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno (>) nel 95% dei casi con VAS > a 5 . - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. Assistenza domiciliare - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 50% dei casi assistiti. - 10 infermieri del SID per ogni distretto formati - 80% del personale delle RSA formato

Attuazione al 31.12.2011:

E' prassi la valutazione del dolore in Hospice, RSA e assistenza domiciliare. Programmata e realizzata la formazione necessaria. Progettazione e realizzazione di un evento formativo di 4 ore in 4 edizioni (1^ e 2^ edizione giugno - 3^ e 4^ edizione settembre). 80 persone formate (oltre le % richieste)

In tutte le cartelle SID dei 4 distretti viene effettuata la rilevazione del dolore (standard ISO 9000 2011) per quanto riguarda l'assistenza domiciliare. Per le 4 RSA il monitoraggio è attivo ormai da 3 anni con gli items anche sul dolore. Al 31 dicembre in ogni cartella è presente la rilevazione. Mensilmente le RSA effettuano il monitoraggio del dolore e delle Norton. Da ulteriori verifiche risulta che le valutazioni vengono effettuate entro 48 ore dall'ingresso dell'assistito in struttura.

Realizzato anche studio di coorte e assicurata la rilevazione del dolore in tutti gli assistiti presi in carico del SID (con PAI) che sono stati 3691.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore	Almeno 1 MMG appartenente alle UDMG formato

Attuazione al 31.12.2011:

Realizzato un corso di formazione sul tema rivolto a 250 operatori (dipendenti e convenzionati) in concomitanza con il Congresso naz. della Società Italiana di Cure Palliative che si terrà a Trieste.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	Rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.

Attuazione al 31.12.2011:

ASS1 ha partecipato secondo le indicazioni regionali

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.6 : Rete oncologica

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipazione al 100% delle attività promosse dalla Direzione Centrale della Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali.	Produzione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche.

Attuazione al 31.12.2011:

Partecipato a due riunioni a Udine per gli Stati Generali dell'Oncologia, partecipato all'unica riunione di Area Vasta sulla rete di cure palliative.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.7 : Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale: Avviare la sorveglianza del numero di decessi sotto i 74 anni per cornee (hospice, RSA, domicilio, strutture sociosanitarie)	**Risultato atteso:** Elaborazione protocollo operativo in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti (CRT) e AOUTS.
Attuazione al 31.12.2011: ASS1 ha garantito la propria disponibilità.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.1 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale.	
Obiettivo aziendale: Analizzare per area vasta il problema della continuità assistenziale nei pazienti con malattie cronico-degenerative nel suo complesso e proporre soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere, partecipando alla programmazione di reparti/servizi differenziati per intensità di cura, e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le RSA, l'attività domiciliare e la medicina generale.	**Risultato atteso:** - Realizzazione analisi per area vasta. - Al 31/12 almeno 500 casi >75enni in dimissione segnalati da reparti di AOU TS per continuità assistenziale sono stati valutati da infermieri del distretto, con predisposizione di un percorso individuale nei servizi territoriali - Al 31/12 almeno 300 casi di pazienti in dimissione da reparti Ortopedici e neurologici di AOU TS con necessità di continuità assistenziale riabilitativa, secondo protocollo condiviso, con definizione di percorso personalizzato con appropriato utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali di riabilitazione.
Attuazione al 31.12.2011: - Inviati in data 30/06 (prot 29113/GEN I.1.A) gli accordi di area vasta conseguenti l'analisi svolta, in particolare sulla continuità assistenziale tra ASS1, ASS2, AOUTS, IRCCS Burlo e privati accreditati con la costituzione dei gruppi di lavoro. - Realizzate attività come da protocolli esistenti di continuità assistenziale tra servizi distrettuali e reparti ospedalieri integrando l'offerta ambulatoriale, le RSA, l'attività domiciliare e la medicina generale. Sono state realizzate 5314 continuità infermieristiche presso i reparti ospedalieri e il PS con il territorio, dei quali oltre 600 ultra 75enni con PAI. Nel 2011 si è voluto valutare l'appropriatezza del percorso riabilitativo personalizzato per i pazienti in dimissione dai reparti Ortopedici e Neurologici di AOUTS con necessità di continuità riabilitativa secondo il protocollo di continuità condiviso. Per appropriatezza si intende la congruità tra l'uscita proposta e quella effettuata. 727 sono i pazienti valutati in continuità riabilitativa, di questi per 509 pazienti c'è stata appropriatezza tra l'uscita proposta e quella effettuata.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Effettuate verifiche sulle condizioni logistico-strutturali finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza residenziale.	**Risultato atteso:** Al 31/12 sono state effettuate almeno 1 valutazione in ciascuna delle RSA e 1 valutazione in una CdR per non autosufficienti (NA) per ogni Distretto secondo criteri definiti.
Attuazione al 31.12.2011: Il Dipartimento di Prevenzione e il servizio Infermieristico di ASS1 effettuano periodiche verifiche nelle quattro RSA e in tutte le strutture protette. Sono state realizzate congiuntamente 11 verifiche in case di riposo. Ogni Distretto verifica inoltre l'appropriatezza terapeutica e assistenziale (dolore, contenzione, continenza, mobilità) nelle strutture per NA di pertinenza.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete, broncopatia cronicostruttiva (BPCO), scompenso cardiaco e demenza), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.	- Al 31/12 almeno 30 casi/distretto sono stati presi in carico sec. Piani diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) validati; campione: pazienti con DM e/o BPCO e/o scompenso cardiaco. - Al 31/12 attività di diagnosi, consulenza sull'evoluzione /gestione, presa in carico di almeno 20 casi in ogni distretto di persone con decadimento cognitivo e del nucleo familiare con presenza di cartella clinica/fascicolo personale.

Attuazione al 31.12.2011:

Entro il 31/07 sono stati adottati formalmente i PDTA per le patologie croniche: diabete, scompenso cardiaco e BPCO. Nel secondo semestre la presa in carico distrettuale è stata applicata secondo i PDTA validati.

Superato il numero minimo di casi per distretto (30). Inoltre 10 in più al D1 30 al D2 30 al D3 e 20 al D4 di persone residenti in microarea hanno visto applicato il PDTA.

Oltre 20 persone per distretto con decadimento cognitivo per ogni distretto sono prese in carico. Le cartelle sono disponibili in Distretto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sviluppare l'integrazione sanitaria e socio sanitaria nell'ambito della non autosufficienza nel territorio con la valorizzazione dell'interazione tra MMG, distretti, servizi sociali e risorse delle comunità locali.	**Risultato atteso:** Al 31/12 almeno 20 persone NA/distretto prese in carico in modo integrato Piano Assistenza integrata (PAI) con SSC

Attuazione al 31.12.2011:

Ogni distretto è dotato del punto unico integrato. Vengono elaborati progetti personalizzati come da normativa e applicati gli strumento disponibili (FAP, budget di salute, fondo gravi e gravissimi, Piano intervento domiciliare integrato (PID integrato).

Più di 20 casi a Distretto inviati al Centro Diagnostico Distrettuale Disturbi Cognitivi (CDDD), svolta attività di diagnosi, consulenza sull'evoluzione/gestione e presa in carico anche, se necessario, del nucleo familiare. Per ciascuna persona è presente cartella clinica, conservata presso la sede del CDDD.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2 : Riabilitazione

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione dei Dipartimenti di Riabilitazione in ogni Area Vasta per garantire il governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio.	Studio preliminare di un dipartimento della riabilitazione di AV che contenga l'analisi dell'offerta riabilitativa (di area vasta) ed l'analisi delle organizzazioni nonché la verifica delle necessarie integrazioni tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali.

Attuazione al 31.12.2011:

Il documento preliminare, condiviso e integrato tra le aziende di Area Vasta, contenente lo studio di fattibilità e in particolare l'analisi della continuità riabilitativa di Area Vasta con riferimento alle necessarie integrazioni ospedale-territorio sui percorsi riabilitativi, criticità e ipotesi di miglioramento, è stato sottoscritto ed inviato formalmente con Nota prot. N.56418/GEN I.1.A del 23/12/11

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO

Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Linea n. 3.4.4.3 : Dipendenze	
Obiettivo aziendale: Predisporre gli atti propedeutici per l'istituzione di dipartimenti delle dipendenze di area vasta.	**Risultato atteso:** Studio preliminare di un dipartimento delle dipendenze di AV che contenga l'analisi dell'offerta (di area vasta) ed l'analisi delle organizzazioni nonché la verifica delle necessarie integrazioni tra le diverse strutture.
Attuazione al 31.12.2011: Le Direzioni Sanitarie dell'ASS1 e ASS2 hanno predisposto una serie di incontri con i referenti dei servizi delle dipendenze delle rispettive aziende per definire lo studio preliminare in merito all'istituzione del dipartimento di area vasta. In data 30/09/2011 è stato trasmesso alla DCSISSePS il documento di Area Vasta per il Dipartimento delle Dipendenze (Nota prot. N.56408/GEN I.1.A)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Garantire la collaborazione e il supporto al costituendo "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".	**Risultato atteso:** Collaborazione e supporto al 100% delle iniziative del "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".
Attuazione al 31.12.2011: Al fine di costituire l'"Osservatorio Regionale sulle Dipendenze" la Regione ha istituto un gruppo tecnico coordinato dal CDDD dell'ASS n. 5 al quale il nostro Dipartimento ha partecipato attivamente.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Adottare quando disponibile lo strumento nazionale di informatizzazione dei servizi delle dipendenze finalizzato alla produzione e alla trasmissione di dati omogenei e affidabili.	**Risultato atteso:** Trasmissione alla DCSISSePS, di dati omogenei e affidabili.
Attuazione al 31.12.2011: La Regione non ha reso disponibile lo strumento nazionale di informatizzazione dei servizi delle dipendenze.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n. 3.4.4.4 Salute mentale	
Obiettivo aziendale: Definire e sperimentare modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale ed i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale.	**Risultato atteso:** Prosecuzione del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidi Distrettuali (abbattimento liste d'attesa per visite psichiatriche su invio dei MMG) con sperimentazione della scheda di comunicazione DSM - MMG nel 30% delle visite effettuate.
Attuazione al 31.12.2011: Il progetto "Qualcosa non va?" è stato consolidato ed è operativo in tutti 4 i Distretti. Si è messo a punto uno schema per dare notizia al MMG del contatto di queste persone con il CSM. Tale format è stato accompagnato da una comunicazione inviata ai Medici di Medicina Generale ed è utilizzato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Individuare e sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/recovery).	**Risultato atteso:** - Prosecuzione formazione con almeno 2 eventi formativi coprogettati su scala distrettuale, di area vasta e/o regionale. - Campagna di comunicazione sociale ed informazione

	al pubblico con eventuale attivazione Telefono Speciale dedicato

Attuazione al 31.12.2011:

Sono state realizzate 2 giornate formative.

- Il modello Cognitivo Comportamentale di riferimento per il trattamento delle psicosi (Andrea Alpi, 14 novembre 2011
- Il percorso terapeutico Cognitivo Comportamentale dell'esordio psicotico (Laura Bislenghi, 5 dicembre 2011

La campagna di comunicazione sociale programmata per "Qualcosa è cambiato?" è stata organizzata associandola alla campagna dedicata al Progetto "Amalia - Telefono Speciale".

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Programmare e avviare percorsi formativi condivisi con la medicina generale su una specifica area critica (es. depressione risposte farmacologiche e non)	Coprogettazione tra DSM e MMG di percorsi formativi congiunti (a livello distrettuale, coinvolgendo i responsabili distrettuali e dipartimentali) anche tramite CEFORMED: 1. attività di consulenza tramite formazione sul campo a seguito di accordi congiunti tra DSM - MMG – CEFORMED; 2. corso per i MMG su: "Il ruolo delle cure primarie nell'esordio psicotico. Screening, trattamento, integrazione nell'ottica di un sistema di salute".

Attuazione al 31.12.2011:

La co-progettazione tra DSM e MMG di percorsi formativi congiunti ha subito un rallentamento dovuto alla ridefinizione dei contenuti dell'attività del CEFORMED. E' stata avviata in alternativa l'attività di formazione congiunta rivolta ai MMG (e ai PLS per i DCA). E' stato organizzato ad hoc un evento formativo promosso dal DSM il 22 dicembre 2011 e dedicato alla presentazione delle "Raccomandazioni 2011" dedicate ai trattamenti con psicofarmaci.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO

Nota: Il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Consolidare la rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello)	- Introdurre nelle attività formative programmate per MMG momenti dedicati al DCA - Produzione di un report sull'attività del servizio per DCA con particolare attenzione ai percorsi integrati con i servizi distrettuali ed eventuali costi per fughe extraregionali relative al 2009 e al 2010 - Risposta affermativa al 100% delle richieste di formazione per docenti scuola secondaria I e II grado relative alla prevenzione dei DCA.

Attuazione al 31.12.2011:

Nel 2011 è stata implementata l'interazione diretta con i PLS - MMG nella presa in carico congiunta delle persone con problemi di DCA ed è stato diffuso l'opuscolo "Vorrei non mangiare". Per i PLS - MMG che nel 2011 non hanno ancora ricevuto l'opuscolo si provvede perchè possano prenderne visione attraverso materiale cartaceo o mediante supporto digitale

I CSM hanno inviato i nominativi di 2 referenti ciascuno per l'Area DCA. Ciò ha consentito una maggiore collaborazione e multidisciplinarietà di intervento terapeutica, in certi casi rivelatasi molto proficua e addirittura risolutiva. 8 persone con diabete e concomitante DCA sono seguite con modalità congiunta dai Centri Diabetologici Distrettuali e dal Punto di Accoglienza della domanda per DCA. Circa un centinaio di persone nel 2011 si sono rivolte al Punto di Accoglienza dei DCA, due terzi di queste sono entrate per la prima volta in contatto con il Servizio, mentre le prestazione si aggirano complessivamente intorno alle ottocento.

Il Punto di Accoglienza della domanda per DCA ha collaborato, per quanto di sua competenza, con il Dipartimento di Prevenzione nell'ambito di programmi di contrasto al disagio giovanile e per lo sviluppo di competenze e abilità rivolti ai docenti della scuola secondaria di I e II grado. Nel corso dell'anno la partecipazione del Punto di Accoglienza dei DCA ha riguardato in particolare l'intervento formativo rivolto ai docenti della Scuola Media Inferiore Italo Svevo.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.5 : Materno infantile	
Obiettivo aziendale: Omogeneizzazione dei PDTA attraverso la revisione/stesura di protocolli aziendali (a partire da quelli esistenti) per bambini affetti da diabete e disabilità fisica/psichica e loro applicazione	**Risultato atteso:** Almeno il 50% di bambini adolescenti con disabilità fisica o psichica di età >17 anni seguono PDTA omogenei entro dicembre 2011.
Attuazione al 31.12.2011: Tutti i nuovi casi 16- 18 arrivati ai servizi per problemi psichici vengono valutati secondo il protocollo aziendale. La registrazione avviene con la scheda unificata DSM Distretti come previsto.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	**Risultato atteso:** Prosecuzione dell'attività informativa e di counseling psicosociale alle coppie che intendono intraprendere un percorso di PMA (SSCF). Prosecuzione del raccordo con IRCCS per la definizione di modalità operative coerenti ed integrate
Attuazione al 31.12.2011: Per quanto di competenza di ASS1 le attività sono proseguite regolarmente nell'accoglienza delle coppie e del counceling in sede distrettuale (CF) e presso l'ospedale infantile. IRCCS Burlo è referente nei confronti della Regione del progetto speciale. ASS1 si è resa disponibile per ogni azione necessaria al fine della stesura del documento di competenza del IRCCS Burlo.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	**Risultato atteso:** Avvio di un percorso di condivisione tra IRCCS- Burlo Garofolo (Neonatologia e ORL) per la presa in carico integrata nell'ambito del protocollo di continuità tra ASS1, IRCCS Burlo Garofolo e PLS in corso di sperimentazione per altre patologie
Attuazione al 31.12.2011: Il programma di screening neonatale è tutto a carico di IRCCS in quanto condotto durante la permanenza in maternità dopo la nascita. Le patologie che richiedono la prosecuzione delle cure vengono prese in carico dai distretti su invio delle strutture ospedaliere secondo le linee del protocollo di continuità ASS1- IRCCS- PdF. In data 30/09/11 è stato firmato l'accordo attuativo di AV su "funzione coordinata "ORL" tra ASS1 ASS2 e IRCCS Burlo (Nota prot. N.42944/GEN I.1.A del 23/12/11)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.6 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	
Obiettivo aziendale: Partecipare all'attuazione del processo di	**Risultato atteso:** Identificato e formalizzato con delibera il referente

riautorizzazione secondo le modalità che verranno definite con l'integrazione del DPReg. N. 0333/Pres. del 2008 (Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonché delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, adattamento, trasformazione o trasferimento delle strutture residenziali per anziani e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle relative attività).	aziendale per tutte le attività legate al programma di Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, secondo le modalità indicate dalla Regione.
Attuazione al 31.12.2011: Individuato il referente aziendale e comunicato formalmente dalla Direzione Generale di ASS1 alla DCSISSePS nota Prot N. 34588/GEN I.2.A–V.3B del 5 agosto 2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Partecipare alla definizione di un sistema regionale e aziendale di monitoraggio e promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani, in particolare: - partecipare alla selezione e identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità; - aderire agli interventi formativi relativamente all'utilizzo degli indicatori selezionati; - aderire agli interventi formativi per la realizzazione di percorsi di audit;	**Risultato atteso:** - ASS 1 ha messo a disposizione un professionista di ASS che partecipa alla selezione e identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità, secondo le modalità indicate dalla Regione. - 3 operatori per distretto formati all'utilizzo degli indicatori di qualità definiti, secondo le modalità indicate dalla Regione. - 2 operatori per distretto formati alla realizzazione di percorsi di audit, secondo le modalità indicate dalla Regione. - almeno un percorso sperimentale di audit attivato nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti presenti sul territorio aziendale, entro dicembre 2011.
Attuazione al 31.12.2011: Il professionista è stato identificato ed è stato attivato un gruppo di lavoro aziendale. Il completamento avverrà nel secondo semestre. Il gruppo di lavoro regionale ha presentato il set di indicatori utilizzati per l'avvio degli audit nelle case di riposo, come da programma regionale (coll. con area welfare). Identificati gli operatori del Distretto che hanno poi partecipato ai corsi di formazione ad hoc (un infermiere ed un fisioterapista per ciascun distretto). E' stata individuata la struttura residenziale Gregoretti del Comune di Trieste, quale sede per l'audit che si svolgerà nei tempi stabiliti dall'Area Welfare. Gli operatori di distretto hanno partecipato ai corsi di formazione e hanno eseguito l'audit (in collaborazione con l'Area Welfare) nella struttura protetta Gregoretti	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Verificare la tenuta degli indicatori selezionati ed impostare un'ipotesi di percorso per il miglioramento della qualità nelle strutture.	**Risultato atteso:** Almeno il 90% degli ospiti in residenza per anziani convenzionata non autosufficiente presentano la valutazione con lo strumento Val.Graf.
Attuazione al 31.12.2011: In tutte le residenze per anziani non autosufficienti convenzionate si è raggiunta la percentuale prevista. Regolarmente avvenuta la valutazione con Val.Graf. per i nuovi accolti. Percentuale garantita oltre il 97%	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Monitorare e verificare il sistematico utilizzo dello	**Risultato atteso:** Indicato un referente per collaborare con la Direzione

strumento di VMD Val.Graf –FVG e dei sistema informatizzati e-GENeSys e SIRA-FVG nelle strutture residenziali per anziani convenzionate del proprio territorio.	centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali al censimento ed alla verifica della sussistenza di requisiti minimi dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti.
Attuazione al 31.12.2011: Il referente è stato individuato; Tutti i nuovi accolti nei servizi semiresidenziali per anziani sono stati valutati con lo strumento di VMD Val.Graf. – FVG in sede UVD	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Nell'ambito del governo della rete dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti: - censire i servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti esistenti nel territorio di riferimento - valutare, con il supporto della Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali la sussistenza dei requisiti di cui all'allegato della DGR 2326 del 22/11/2010 dei servizi semiresidenziali che presentano domanda di convenzionamento entro il 31/01/2011; - stipulare convenzioni con i servizi semiresidenziali in possesso dei requisiti previsti sulla base dello schema tipo regionale; - garantire, a partire dal convenzionamento, la valutazione in sede di UVD dei nuovi accolti dai servizi semiresidenziali con lo strumento VMD Val.Graf. – FVG; - garantire l'erogazione dei contributi regionali previsti per l'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza secondo le modalità definite nell'ambito della convenzione tipo; - comunicare alla DCSISSePS le domande di convenzionamento pervenute successivamente al 31/01/2011 ai fini della compatibilità della spesa.	**Risultato atteso:** - Entro il 31/03/2011 tutti i servizi semiresidenziali che hanno presentato domanda entro il 31/01/2011 e in possesso dei requisiti previsti sono convenzionati. - Tutti i nuovi accolti nei servizi semiresidenziali per anziani sono valutati con lo strumento di VMD Val.Graf. – FVG in sede UVD a partire dal convenzionamento.
Attuazione al 31.12.2011: Completato nei tempi il convenzionamento in possesso dei requisiti. Convenzioni stipulate. Regolarmente avvenuta la valutazione con Val.Graf. per i nuovi accolti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF	
Obiettivo aziendale: ASS 1 proseguirà nell'impegno di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con malattie croniche e con disabilità utilizzando metodologie e strumenti basati su ICF, attraverso operatori formati.	**Risultato atteso:** Valutati entro il 31/12/2011, utilizzando la "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" e l'applicativo predisposto ad hoc dalla Regione, con la finalità di definire o aggiornare il progetto personalizzato di intervento: un numero di 30 casi in totale, subordinato al coinvolgimento formale degli Ambiti da parte della Regione: - almeno 16 persone in carico ai distretti (il 5% dell'utenza attualmente inserita) individuate tra gli utenti già inseriti in strutture residenziali e/o

	semiresidenziali per persone con disabilità; - tutti i casi per i quali viene autorizzato, entro il 30/10/2011, il primo ingresso nel segmento di offerta residenziale e/o semiresidenziale per persone con disabilità; - un numero di casi in carico ai Distretti in età evolutiva e di età superiore ai 65 anni a completamento della casistica totale di 30 casi. Per tutti i casi è presente il consenso al trattamento dei dati personali.
Attuazione al 31.12.2011: Sono stati individuati e comunicati tutti i casi previsti e compilate le schede di valutazione degli utenti con disabilità in carico all'area distrettuale, comprendenti minori e adulti. Sono stati inseriti i dati, secondo scheda basata su ICF, relativi alle persone con disabilità seguite in strutture residenziali e/o semiresidenziali. Casi previsti da PAL 30, casi arruolati 33, casi in FBE 33. Per tutti i casi è presente il consenso al trattamento dei dati personali come da delibera di giunta Regionale 465/10 2384/10 2130/11. Gli operatori sono stati formati secondo le indicazioni del Centro Collaboratore OMS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.8 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate	
Obiettivo aziendale: Ass1 darà evidenza: delle tipologie e delle quote degli appalti di fornitura di beni e servizi riservati alla cooperazione di inserimento lavorativo,	**Risultato atteso:** Oltre il 10 % dell'importo complessivo degli affidamenti a terzi delle forniture di beni e servizi è appaltato alla cooperazione sociale di inserimento lavorativo, fatte salve decisioni regionali di centralizzazione.
Attuazione al 31.12.2011: In linea. Otre il 10% dell'importo complessivo degli affidamenti a terzi delle forniture di beni e servizi è appaltato alla cooperazione sociale di inserimento lavorativo	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Ass1 darà evidenza: dell'entità dell'incremento delle convenzioni stipulate con le cooperative sociali di inserimento lavorativo ai sensi dell'art.5 della legge 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, evidenziandone i contenuti secondo lo schema di convenzione tipo previsto dall'art.23 della LR 20/2006.	**Risultato atteso:** Ass1 stipula convenzioni con le cooperative sociali stipulate nell'anno 2011 ai sensi dell'art.5 della legge 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, redatte secondo lo schema di convenzione tipo previsto dall'art.23 della LR 20/2006 per oltre il 3% delle proprie spese per beni e servizi. L'obiettivo 2011 è un sostanziale mantenimento, fatte salve decisioni regionali di centralizzazione.
Attuazione al 31.12.2011: Gli affidamenti a coop sociali sono pari a circa il 3%	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Ass1 darà evidenza: della presenza tra i criteri di valutazione delle offerte la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	**Risultato atteso:** Le procedure di selezione per l'affidamento di servizi contengono tra i criteri della valutazione dell'offerta progettuale la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, fatte salve decisioni regionali di centralizzazione
Attuazione al 31.12.2011: Le procedure di selezione per l'affidamento di servizi contengono tra i criteri della valutazione dell'offerta	

progettuale la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate predisposte direttamente dal DSCD, sentite le aziende interessate.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.1 Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: Introdurre la prescrizione elettronica presso MMG e PLS e abbandonare progressivamente l'uso della impegnativa rossa contestualmente alla estensione del progetto "Medici in Rete" (DPCM 26-03-2008).	**Risultato atteso:** Almeno il 10% dei MMG e dei PLS utilizza la prescrizione elettronica entro il 31/12/2011 utilizzando i propri applicativi o il portale della continuità della cura, compatibilmente con la messa a disposizione da parte della Regione e/o di INSIEL delle risorse necessarie e compatibilmente con la possibilità che ASS1 sottoscriva accordi aziendali con MMG e PLS.
Attuazione al 31.12.2011: ASS1 ha allineato i sistemi di competenza, ha allertato gruppi di attenzione fra MMG e PLS, ma Regione e Insiel non hanno reso disponibile il Sistema di Accoglienza Regionale e la prescrizione elettronica regionale, che sarà sperimentata in ASS3 entro il 2012.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n 3.4.5.2 Firma digitale	
Obiettivo aziendale: Le aziende estendono l'utilizzo della firma digitale.	**Risultato atteso:** Tutte quelle strutture ambulatoriali che già sperimentano la prescrizione elettronica potranno garantire almeno il 50% dell'attività prescrittiva digitale al 31 dicembre 2011, se ASS1 verrà dotata di adeguato finanziamento.
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.3 : Privacy	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario. Semplificare e uniformare la gestione degli utilizzatori dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell'accesso alle informazioni.	**Risultato atteso:** - Disponibilità alla sperimentazione del consenso compatibilmente con gli strumenti necessari disponibili. - Disponibilità alla sperimentazione di un nuovo eventuale applicativo per la gestione unitaria di tutti gli utilizzatori dei sistemi sanitari anche integrato con la gestione giuridica del personale, secondo le indicazioni e la pianificazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.5 : Sistemi di accesso	
Obiettivo aziendale: Avviare l'Anagrafe Unica e il CUP Regionale nell'Area Triestina secondo la programmazione regionale qualora fossero rispettati gli standard di qualità già presenti nell'area triestina.	**Risultato atteso:** Realizzazione degli atti propedeutici alla migrazione al sistema regionale degli accessi
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.6 : Portale del cittadino	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso del portale del cittadino alla prenotazione delle prestazioni presenti nelle prescrizioni elettroniche.	**Risultato atteso:** Viene reso disponibile il servizio di prenotazione delle prescrizioni elettroniche sul portale del cittadino, compatibilmente con la messa a disposizione da parte di INSIEL degli strumenti necessari e con la garanzia di amministrazione e organizzazione del sistema.
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.7 Farmacie in rete	
Obiettivo aziendale: Avviare il processo di riorganizzazione dei flussi informativi relativi alle prescrizioni elettronica dei farmaci per arrivare alla dismissione del servizio di lettura ottica delle prescrizioni.	**Risultato atteso:** Le Farmacie verranno coinvolte nel processo qualora fossero messi a disposizione delle Aziende strumenti adeguati
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.8 : Qualità della cura **Linea n. 3.4.5.9 : Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza**	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso di sistemi informatici a tutti gli ambulatori e a tutti i reparti.	**Risultato atteso:** Tutti gli ambulatori refertano utilizzando applicativi informatizzati al 31 dicembre 2011, in via sperimentale, compatibilmente con l'adeguamento dei sistemi regionali (o eventuali indicazioni alternative) alla normativa e alle necessità.
Attuazione al 31.12.2011: Tutti i servizi ambulatoriali dotati di applicativi informatizzati sono in grado di repertare.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.10 : PACS	
Obiettivo aziendale: Diffondere il PACS.	**Risultato atteso:** Attivazione delle installazioni previste in integrazione con il sistema PACS dell'AOUTS.
Attuazione al 31.12.2011: La diffusione del PACS avviene secondo i programmi. Il piano prevedeva l'avviamento del PACS per il CCV, regolarmente attivato e in esercizio dall'insediamento del servizio nella nuova sede	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.12 : Continuità delle cure ed estensione dei servizi territoriali **Linea n. 3.4.5.13 : Medicina convenzionata**	
Obiettivo aziendale: Applicazione del DPCM 26-03-2008 (certificati di malattia e trasmissione prescrizioni) e diffusione delle esenzioni da reddito	**Risultato atteso:** Tutti i certificati di malattia INPS vengono trasmessi secondo le indicazioni tramite portale o call center, compatibilmente con il funzionamento dei servizi indicati (portale continuità della cura, cooperazione applicativa, portale Inps, call center Inps).
Attuazione al 31.12.2011: Tutti i sanitari di competenza ASS1 trasmettono i certificati di malattia INPS con sistema telematico	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Estensione dei servizi disponibili a tutti MMG e PLS. secondo le indicazioni della linea 3.4.1.4 e 3.4.5.13	**Risultato atteso:** I MMG e PLS sono in grado di connettersi direttamente ai servizi del portale della continuità della cura. L'uso effettivo del servizio è subordinato ad eventuali accordi sindacali e alla disponibilità di risorse finanziare ad hoc.
Attuazione al 31.12.2011: I MMG e PLS sono in grado di connettersi direttamente ai servizi del portale della continuità della cura. ASS1 ha fatto quanto di competenza a riguardo, ma i servizi in questione possono essere resi disponibili solo attraverso strumenti regionali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n. 3.4.5.14 : Sistemi informativi territoriali per la disabilità	
Obiettivo aziendale: Proseguire l'attività di rinnovamento dei sistemi per la disabilità e le malattie croniche.	**Risultato atteso:** Sperimentazione secondo eventuale pianificazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011: ASS1 ha partecipato secondo pianificazione regionale sul tema.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.15 : Sistema del Sociale	
Obiettivo aziendale: Partire dalla attuale cartella sociale per arrivare al "Sistema del Sociale".	**Risultato atteso:** Disponibilità all' avvio secondo eventuale pianificazione regionale per le parti di competenza.

Attuazione al 31.12.2011: Disponibilità all'avvio secondo pianificazione regionale per le parti di competenza
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Linea n. 3.4.5.16 : Case di Riposo	
Obiettivo aziendale: Verificare l'informatizzazione e l'allineamento nell'inserimento dei dati delle case di riposo convenzionate.	**Risultato atteso:** 100% delle case di riposo convenzionate verificate ed allineate entro il 31/03/2011.
Attuazione al 31.12.2011: Verifiche effettuate secondo calendario.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.17 : Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale: Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso:** Implementazione del nuovo sistema "giuridico del personale" secondo eventuale pianificazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011: Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.5.18 : Sistema di governo	
Obiettivo aziendale: Sperimentazione, secondo pianificazione regionale, del modello predefinito di rappresentazione del processo di pianificazione e controllo in un'Azienda Ospedaliera e in un'Azienda per i Servizi Sanitari.	**Risultato atteso:** In assenza di uno strumento normato e condiviso dalle Aziende, delle problematiche di adozione relative e degli impegni corrispondenti, non è possibile pianificare attività e definire obiettivi.
Attuazione al 31.12.2011: Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamenti e logistica	**Risultato atteso:** Produzione di uno studio di fattibilità per l'ingresso nel Magazzino Centralizzato, da redigersi in accordo con il DSC.
Attuazione al 31.12.2011: Lo studio di fattibilità è stato realizzato e comunicato alla DCSISSePS con prot. N.56414/GEN I.1.A del 23/12/11.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 4.2 – Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche /accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011: Non sono stati previsti nuovi progetti di interventi edili.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA

ASS 1 TRIESTINA

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2009		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	3.778,0	%	7.425,1	%	819,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	4.681,1	63,0%	409,0	49,9%
Progettazione conclusa	-	0,0%	1.779,0	24,0%	130,0	15,9%
Cantiere in corso	144,0	3,8%	-	0,0%	280,0	34,2%
Opera conclusa	3.634,3	96,2%	965,0	13,0%		0,0%
Totale	3.778,3	100,0%	7.425,1	100,0%	819,0	100,0%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	212,0	212,0	212,0	*100%*
2007	936,0	936,0	936,0	*100%*
2008	405,0	405,0	405,0	*100%*
2009	1.390,3	583,0	1.390,3	*100%*
2010	1.475,0	76,0	914,0	*62%*
2011	660,5	-	-	*0%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	-	-	463,0	86,0
2007	414,0	98,1	-	-
2008	261,0	54,5	153,0	28,0

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
167,23	0,07

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Attrezzaggio del Centro cardiovascolare (B)	Centro cardiovasc.	2010	400,0	-	non avviato	quasi completato
Ambulanze	118	2010	180,0	180,0	in corso	in corso
Auto medicalizzata	118	2010	40,0	-	non avviato	concluso
Sistema Lifenet	118	2010	75,0	-	non avviato	quasi completato
Defibrillatori	118	2010	60,0	-	non avviato	concluso
Arredi per sedi ristrutturate (DDD, CSM Aurisina)	varie	2011	100,0	-	-	non avviato

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera aggiunta	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di AV)	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizioni delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo
Attuazione al 31.12.2011 Predisposto il Piano attuativo di AV per le funzioni coordinate e trasmesso dalla ASS1 alla DCSISSePS con nota prot. n. 18853 del 29.4.2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema	**Risultato atteso:** Entro il 30.4.2011 approvazione del Piano attutativo di Area Vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'area amministrativa - trattamento previdenziale - acquisizione del personale - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari - fiscalità - recupero crediti - controllo sulle esenzioni ticket
Attuazione al 31.12.2011 Predisposto il Piano attuativo di AV per le funzioni coordinate e trasmesso dalla ASS1 alla DCSISSePS con nota prot. n. 18853 del 29.4.2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale: Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta per l'anno 2011	**Risultato atteso:** L'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta, fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazioni superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010)
Attuazione al 31.12.2011 Nel monitoraggio regionale dei tempi di attesa di aprile, luglio, ottobre e dicembre 2011sono stati rispettati tutti i tempi di attesa garantiti dall'ASS 2, di cui al Piano di Produzione di Area Vasta per il 2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
Obiettivo aziendale: Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti	**Risultato atteso:** Eventuali prescrizioni delle prestazioni soggette al rispetto dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. n.7/2009, senza l'esplicitazione del criterio di priorità, sono comunque vincolate all'erogazione entro 120 giorni.
Attuazione al 31.12.2011 E' stato elaborata e condivisa a livello di area vasta, nei tempi previsti (15aprile) la procedura "Modalità e percorsi comuni di Area Vasta per il riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della LR n. 7/2009". Tale procedura è stata trasmessa dalla ASS1 alla DCSISSePS con nota prot. n. 16785 del 15.4.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

3.4.2 PREVENZIONE

Linea n. 3.4.2.1 : Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali	
Obiettivo aziendale: - proseguire l'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili previsti dal PRP - Posto che gli obiettivi di copertura del programma di vaccinazione sono il raggiungimento di una copertura >95%, con tre dosi di vaccino, entro i cinque anni dall'inizio del programma di vaccinazione, l'obiettivo regionale è il mantenimento/miglioramento delle coperture raggiunte - rilevare attivamente gli eventi avversi alle vaccinazioni - proseguire con le attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale	**Risultato atteso**: 1. MPR: 90% 1^ dose e 85% 2^ dose, pertosse : 95% 3 dosi 2. Valore atteso minimo 50% per tutte le classi di età target 2008/2009 con 3 dosi di HPV 3. Al 31/12/2011 copertura 60% 3 dosi coorte 1995. 4. Qualora negli anni precedenti il valore di copertura sia stato <35%, miglioramento di almeno 10 punti percentuali 5. Report annuale 6. Utilizzo routinario della check list anamnestica informatizzata pre vaccinale (verifica dal SIR) 7. Applicazione del regolamento della seduta vaccinale regionale in tutte le sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione 8. Partecipare al progetto del PRP di migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio
Attuazione al 31.12.2011 1) Copertura vaccinale MPR al 31.12.2011: 1a dose 89,5%; 2a dose 89,11%. Copertura vaccinale antipertossica (esavalente): 93,86 2) Proseguita la vaccinazione HPV secondo il programma regionale (nel 2011 somministrate complessivamente 1.937 dosi di vaccino) e si è proceduto alla raccolta sistematica dei possibili eventi avversi. È stato raggiunto il livello di copertura atteso per le età target 2008 e 2009 (anno 1993:70,9% - anno 1994:67,1% - anno 1997:63,9% - 1998:71,6%). 3) Al 31/12/2011 non è stato raggiunto il livello di copertura vaccinale (tre dosi) del 60% nella coorte 1995: su 507 adolescenti reclutate sono state vaccinate 304 (60%). 4) Negli anni precedenti il valore di copertura è stato superiore al 35%. 5) è stato fatto il report annuale (vedi relazione allegata) 6) E' stata utilizzata regolarmente la check list su tutti i 5 Centri vaccinali seguendo le indicazioni previste dal Regolamento della seduta vaccinale 7) Si è data regolare applicazione al regolamento in tutte le sedi vaccinali 8) Si è partecipato regolarmente ed attivamente al tavolo regionale dei referenti vaccinali per lo sviluppo regionale del relativo progetto.	

Motivazioni scostamento dal risultato atteso 1) Criticità nell'assegnazione del personale
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.2 : Prevenzione infortuni e malattie professionali: Edilizia	
Obiettivo aziendale: Attivare, promuovere azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione anche condivisi con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	**Risultato atteso**: - Monitoraggio di almeno il 20% dei cantieri edili notificati (dato ipotizzato 160 cantieri) - Mantenere il numero di cantieri edili vigilati come da piano nazionale edilizia (227) e sviluppando questa attività in collaborazione con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro. - Tra questi cantieri almeno 10 interventi riguarderanno il tratto autostradale Gorizia Villesse - Partecipazione alla stesura di un piano di intervento congiunto interaziendale da proporre all'ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento
Attuazione al 31.12.2011 - monitorato il 20.3% dei cantieri edili notificati - visitati 261 cantieri edili - di cui 11 stradali - approvati dall'Ufficio Operativo gli allegati del piano regionale edilizia in corso di pubblicazione sul sito www.ars.sanita.fvg.it	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.2 : Prevenzione infortuni e malattie professionali: Infortuni	
Obiettivo aziendale: Proseguire nell'inserimento infortuni gravi e mortali segnalati al servizio sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione o altra azione elementi di natura prevenzionistica	**Risultato atteso:** Inserimento di tutti gli eventi occorsi rientranti della definizione di gravi accaduti antecedentemente il 30.09.2011 e le cui attività di indagine si siano concluse al 31.12.2011
Attuazione al 31.12.2011 Inserimento dati avvenuto nei termini	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.2 : Prevenzione infortuni e malattie professionali: Malattie Professionali	
Obiettivo aziendale: Proseguire nell'inserimento malattie professionali refertate al servizio sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione od almeno possa individuare elementi di concausa professionale	**Risultato atteso:** Inserimento di almeno il 70% dei casi di malattia professionale refertati dopo il 1.1.2010 ed oggetto di indagine da parte dei servizi entro il 31.12.2011
Attuazione al 31.12.2011 Inserimento dati avvenuto in oltre il 70% dei casi. Inseriti 66 casi su 93casi	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.2 : Prevenzione infortuni e malattie professionali: Agricoltura	
Obiettivo aziendale: Azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione nel comparto dell'agricoltura	**Risultato atteso**: - Monitorare almeno 100 aziende agricole a livello regionale da distribuirsi con criteri uniformi a livello regionale (il campione da monitorare per l'ASS2 è pari a n.9 aziende agricole) - Partecipare al gruppo regionale di monitoraggio delle aziende agricole da realizzarsi in collaborazione tra SPSAL e associazioni degli agricoltori - Presentazione del monitoraggio alle associazioni datoriali degli agricoltori
Attuazione al 31.12.2011 - Organizzati gli incontri con le associazioni datoriali e dei lavoratori del settore agricolo - Redatto il protocollo che codifica il sistema integrato di monitoraggio - Eseguito il monitoraggio in 10 aziende agricole - Partecipato al gruppo regionale di monitoraggio delle aziende agricole in collaborazione tra SPSAL e associazioni degli agricoltori - Presentati i dati del monitoraggio alle associazioni datoriali ed alle organizzazioni sindacali regionali e provinciali degli agricoltori	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.2 : Prevenzione infortuni e malattie professionali: Reach	
Obiettivo aziendale: Partecipazione al progetto Reach rif. Nota DCSISSePS Prot. 15977/SPS/APREV dd. 09.09.2010	**Risultato atteso:** - Partecipazione alle riunione regionali - Presentazione del progetto Reach a livello aziendale
Attuazione al 31.12.2011 - Partecipato alle riunioni regionali - Organizzato il corso ECM che si è tenuto il 1 dicembre 2011 durante il quale è stato presentato il progetto Reach	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea 3.4.2.3 – Prevenzione obesità	
obiettivo aziendale: Promozione di corretti comportamenti nutrizionali in età pediatrica	**Risultato atteso**: Applicazione delle linee guida nei nidi, scuole materne e scuole dell'obbligo
Attuazione al 31.12.2011 Realizzati interventi nelle scuole di 9 comuni	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea 3.4.2.4 – Prevenzione incidenti stradali	
Obiettivo aziendale: - Partecipare al progetto SicuraMENTE - Prosecuzione delle azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute	**Risultato atteso**: - Realizzazione per le parti di competenza del progetto SicuraMENTE - Interventi operativi di sensibilizzazione con gli Uffici Tecnici di tutti i Comuni isontini
Attuazione al 31.12.2011 - Partecipato al progetto regionale, realizzati gli incontri (tre) programmati a livello regionale in cooperazione	

con USR, polizia di stato e ACI - Realizzati interventi di presentazione ai comuni dei 2 Ambiti
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.5 : Prevenzione incidenti domestici	
Obiettivo aziendale: - Ridurre la mortalità ed i ricoveri da eventi traumatici (in particolare frattura di femore) nella popolazione anziana ospite di strutture o assistita a domicilio attraverso interventi in collaborazione con associazioni ed EELL; - Ridurre i ricoveri per eventi traumatici da caduta ed i ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini 0-4 anni attraverso interventi integrati e multifattoriali.	**Risultato atteso**: - Almeno 1 corso di formazione badanti; - Alleanza con ente Provincia per la realizzazione di almeno un'iniziativa rivolta alle popolazioni target a. brochure sul rischio 0-4 anni rivolta ai neo genitori nel percorso nascita b. brochure destinata alla distribuzione domiciliare per tutta la popolazione della provincia, riportante uno strumento pratico di autovalutazione del rischio domestico;
Attuazione al 31.12.2011 - Effettuato il corso di formazione badanti nel primo semestre - Realizzato, in collaborazione con la Provincia, opuscolo dedicato alla fascia 0-4 anni e poster per la diffusione nell'ambito del percorso nascita, nelle sedi aziendali e territoriali che intercettano il target. Tenuta conferenza stampa in Provincia il 22 dicembre. Condivisi con la Provincia la campagna 0-4 anni e lo strumento per l'autovalutazione domestica (acquisito lo strumento elaborato da ASS1 nell'ambito delle sinergie di coordinamento degli incidenti domestici in AV) - Realizzato il 25 ottobre incontro regionale con tutti gli stakeholders, convocato dalla DCSISSePS e dal Coordinamento regionale incidenti domestici in sinergia con Federsanità, ANCI e la partecipazione di Associazioni di categoria, ambiti, Inail, Sindacati pensionati, Vigili del Fuoco per avvio di un tavolo di lavoro come previsto dal PRP 2010-2012.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.6 : Programma guadagnare salute	
Obiettivo aziendale: - Lotta al tabagismo: promozione ed adesione alle iniziative nazionali di contrasto al tabagismo con l'implementazione di "Luoghi e contesti liberi dal fumo" - Lotta all'abuso di alcol: promuovere la realizzazione di iniziative di contrasto all'assunzione di alcol nei diversi setting (Enti, Istituzioni, Scuole) con riferimento particolare ai lavoratori del settore trasporti, ai lavoratori del comparto edile; - Attività motoria: diffondere una "cultura del movimento" come stile di vita nella popolazione "fragile" o più sedentaria	**Risultato atteso**: - Almeno 1 scuola "libera da fumo" - Iniziative di contrasto all'alcol in almeno il 20% dei Cantieri edili notificati e delle aziende di Trasporto locali - Collaborazione con amministrazioni comunali e scuole per sostegno a favore della realizzazione di 1 nuovo percorso di "Pedibus" - Continuità del progetto "Stili di vita e wellness" rivolto ad operatori aziendali e cittadinanza - Costituzione del gruppo di lavoro aziendale e delle alleanze esterne per la realizzazione del progetto inserito nell'area a carattere nazionale "In adolescenza" e denominato "Ragazzi in gamba in FVG "

Attuazione al 31.12.2011

1. Nessuna scuola ha aderito nel 2011. Difficoltà riportata dagli insegnanti a essere testimonial positivi. In base alle proposte di collaborazione inoltrate alle scuole dal SerT, una scuola non ha dato appuntamento, una scuola non ha condiviso in toto e un'altra ha rinviato l'appuntamento al 2012
2. Elaborati i questionari relativi a 258 cantieri edili (oltre il 20% di quelli notificati) e delle aziende per i trasporti locali. Tenutosi corso di informazione e formazione sul tema alcol e lavoro e 4 serate con l'Azienda provinciale trasporti di Gorizia assieme con il coinvolgimento dell'equipe del SERT, della Promozione della Salute e del SPSAL
3. Realizzazione in corso del progetto nel Comune di Gradisca (SIAN)
4. Il progetto Stili di vita e wellness è continuato ampliando le opportunità anche nei confronti delle persone con limitazione funzionale (in alleanza con la Provincia e l'Andos)
5. Progetto Guadagnare Salute in adolescenza: monitoraggio scuole coinvolte, contatto con i comuni di Gorizia, S.Canzian d'Isonzo e Gradisca. Protocollo di intesa con CONI e Ufficio Scolastico Provinciale e Scienze Motorie Università Udine. Realizzato spettacolo teatrale a Gradisca (20 ottobre 2011)

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Nota: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Linea n. 3.4.2.7 : Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Controllo ufficiale presso le imprese del settore alimentare secondo gli indici di attività stabiliti dal PTSA per l'anno 2011	Raggiungimento degli indici di attività stabiliti dal PTSA per l'anno 2011 in linea con gli indici della programmazione 2010

Attuazione al 31.12.2011

- Fatti n. 15 Audit anziché i 16 previsti in quanto nell'ultimo trimestre 2 imprese alimentari per le quali era stato pianificato l'audit hanno chiuso i propri stabilimenti e, a causa del poco tempo a disposizione il rimpiazzo dei controlli è avvenuto solo parzialmente
- Fatti n. 118 ispezioni presso stabilimenti alimentari
- Esaminati n. 74 campioni di matrici alimentari

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Organizzare, anche in collaborazione con la SOC IAN, la formazione su area vasta per il personale deputato al controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare e dei mangimi	Almeno 2 progetti formativi rispondenti alle necessità emergenti in raccordo con la valutazione dei fabbisogni formativi

Attuazione al 31.12.2011

Realizzati 2 eventi formativi in collaborazione tra SIAN e Servizio Veterinario: uno rivolto solo alla dirigenza e uno esteso a tutto il personale

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso**:
Sviluppo e collaudo degli applicativi del Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria Regionale (S.I.S.A.Ve.R.)	Collaudare i nuovi applicativi sviluppati da INSIEL, secondo le priorità del cronoprogramma: 1. calcolo e contabilità contributi D.Lgs. 194/2008 e tariffario regionale; 2. anagrafe canina;

Attuazione al 31.12.2011 Servizio Veterinario : 1. completato il collaudo dell'applicativo per la contabilità e contributi D.Lgs. 194/2008 e tariffario regionale 2. applicativo informatico ancora non aggiornato da INSIEL SIAN : Non realizzabile per la parte afferente al 194/2008 Allegato 6 in quanto non disponibile personale amministrativo dedicabile. Con il 2012 il coordinatore amministrativo ha assunto tale compito
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale: Progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE	**Risultato atteso**: Evidenza dell'elaborazione di almeno un progetto secondo la metodologia PCM (Project Cycle Management) e dell'avvio delle fasi attuative
Attuazione al 31.12.2011 Evento formativo realizzato come da calendario il 28-29 settembre 2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo Aziendale: 36 controlli ufficiali integrati SOC IAN e SOC SPV	**Risultato Atteso**: In raccordo con la programmazione precedente migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di controllo ufficiale incrementando del 20% gli indici di attività del 2010
Attuazione al 31.12.2011 Eseguiti i 36 controlli ufficiali integrati	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Controllo degli allevamenti bovini da riproduzione secondo gli indici di attività definiti dal programma regionale	**Risultato atteso**: Controllare il 100% degli allevamenti bovini da riproduzione in attività per mantenere o conseguire le qualifiche sanitarie di allevamento ufficialmente indenne
Attuazione al 31.12.2011 Controllati n. 62 allevamenti bovini (rispetto ai 65 previsti) in quanto n. 3 allevamenti da riproduzione hanno cessato l'attività prima di essere controllati	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.7 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	
Obiettivo aziendale: Controllo ufficiale presso le imprese del settore alimentare secondo gli indici di attività stabiliti dal PTSA per l'anno 2011	**Risultato atteso**: Raggiungimento degli indici di attività stabiliti dal PTSA per l'anno 2011
Attuazione al 31.12.2011 Raggiunti gli indici di attività del PTSA: 9 audit, 86 campioni, 211 ispezioni	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: 36 controlli ufficiali (ispezioni) congiunti	**Risultato atteso**: Incremento del 20% degli indici di attività rispetto al 2010 (36 ispezioni congiunte)
Attuazione al 31.12.2011 Eseguiti i 36 controlli ufficiali integrati	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Promozione della semplificazione del sistema di autocontrollo nelle piccole imprese alimentari	**Risultato atteso**: Redazione di un documento di progetto
Attuazione al 31.12.2011 Redatto il progetto con individuazione del partner tecnico-scientifico	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.8 – Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale: Continuazione dei sistemi di sorveglianza, secondo gli indicatori della programmazione regionale;	**Risultato atteso**: - Raggiungimento degli indicatori programmati a livello regionale - Redazione di un rapporto inerente lo stato nutrizionale della popolazione isontina di età compresa tra i 18 e 69 anni - Redazione di un rapporto inerente i bilanci di salute realizzato in una popolazione scolastica campione
Attuazione al 31.12.2011 - Raggiunti gli indicatori regionali - Redatti i 2 rapporti	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.9: Programmi di screening. Screening cervice uterina	
Obiettivo aziendale: - Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale - Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio	**Risultato atteso**: - Revisione del 95% della casistica assegnata - 95% della popolazione prevista per il 2011
Attuazione al 31.12.2011 - Rivisto il 95% della casistica assegnata - Invitato il 95% della popolazione bersaglio	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.9: Programmi di screening .Screening tumori mammella	
Obiettivo aziendale: - % prestazioni di 2°livello - (mammografia,ecografia,es.citologico e istologico) registrate nel G2 clinico o in APSYS con esito codificato. - % donne con diagnosi dipartimentale (esito finale II°liv.) registrata nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mx di I°liv. - Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio	**Risultato atteso:** - >=95% - >=90% - 95% della popolazione prevista per il 2011
Attuazione al 31.12.2011 - Registrato il 96,59 delle prestazioni di 2° livello in APSYS per esame citologico od istologico - Registrato il 96,44 delle prestazioni di 2° livello per mammografia ed ecografia - 96,6% delle donne con diagnosi dipartimentale	

- Invitato il 95% della popolazione bersaglio
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.9: programmi di screening .Screening colon-retto	
Obiettivo aziendale: 1. % adesione al test di screening 2. % colonscopie di II°liv registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati 3. Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio	**Risultato atteso:** 1 - 50% 2 - >= 95% 3 - 95% della popolazione prevista per il 2011
Attuazione al 31.12.2011 1 - Obiettivo stralciato con nota di trasmissione direttive di chiusura (n. 7398 del 17.4.2012)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: Il primo risulato atteso è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

3.4.3 ASSISTENZA SANITARIA

Linea n. 3.4.3.1 : Accreditamento	
Obiettivo aziendale: Completamento procedure accreditamento strutture sanitarie pubbliche e private ambulatoriali, di degenza e residenziali, secondo programma regionale iniziato nel 2010.	**Risultato atteso:** - Individuato il referente aziendale per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private - Messi a disposizione: n. 1 valutatore formato, 2 valutatori con formazione da completare (manca la parte pratica come ascoltatori) e 1/2 da formare
Attuazione al 31.12.2011 - E' stato individuato e comunicato alla DCSISSePS (già nel 1° semestre) il referente aziendale per le procedure di accreditamento ed autorizzazione; sono stati messi a disposizione n. 1 valutatore formato, n. 5 osservatori per il completamento della formazione pratica e n. 2 valutatori da formare. Tutti i valutatori sono stati formati. - È stata effettuata l'autovalutazione ai requisiti di autorizzazione e accreditamento di tutte le strutture aziendali di degenza, ambulatoriali, RSA ed Hospice e spedita in DCSISSePS il 22 dicembre 2011. - È stato redatto un piano di adeguamento evidenziando tutti i requisiti non conformi	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.2 : Farmaceutica	
Obiettivo aziendale: Continuità nei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, acquisizione centralizzata, distribuzione diretta e monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici.	**Risultato atteso:** - Medicinali equivalenti: l'Azienda attiva strumenti di monitoraggio, di audit e feedback coi prescrittori e di incentivazione alla prescrizione dei medicinali equivalenti. Inoltre dovranno essere attivate opportune iniziative al fine di tendere al raggiungimento dei target prescrittivi individuati dall'AIFA e dal MEF (ai sensi del DL 78/2010) - Farmaci sottoposti a registro AIFA e farmaci oncologici:

	a) L'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla DCISSePS con nota n. 18104/SPS/farm del 11.10.2010 b) Oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali. - <u>Distribuzione diretta</u>: a) Fino all'eventuale stipula da parte delle aziende di accordi ai sensi dell'art. 8, c.1 lettera a), l'Azienda dà la massima attuazione alla distribuzione diretta, attivando ogni utile strumento residuo. Il residuo PHT sulla convenzionata, in valore, dovrà tendere ad essere azzerato. In ogni caso eventuali studi farmaco-economici o di fattibilità sulla distribuzione diretta/per conto, che le aziende ritengano di dover ulteriormente approfondire, non dovranno sospendere o rallentare le iniziative di sviluppo e di potenziamento della diretta, b) Nel corso del 2011, l'Azienda porta a regime la distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. - Assicurare l'attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e di assistenza integrativa: almeno due report di audit e feedback ai medici convenzionati grazie al programma AQPF - Assistenza integrativa: l'Azienda potenzia, in un'ottica di efficienza, la distribuzione diretta e/o stipula accordi per l'erogazione di tali prodotti (es. accordi con grossisti, farmacie, MMG/PLS).

Attuazione al 31.12.2011

SERVIZIO FARMACEUTICO:

<u>Farmaci equivalenti</u>

Inviato un report (lettera prot. 30541 dd. 03.11.2011) ai MMG riguardante la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, relativo al periodo gennaio - giugno 2011, per le seguenti classi di farmaci: Inibitori di pompa protonica, farmaci attivi sul sistema renina - angiotensina, statine, serotoninergici. Il report permette il confronto con i relativi valori medi regionali.

Inviata ai Medici Ospedalieri e ai Medici Specialisti Convenzionati una lettera (n. prot. 34731/11 dd. 02.12.2011) al fine di trasmettere la DGR 1650/2011 e di incentivare la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto anche in fase di dimissione in considerazione della forte induzione territoriale della prescrizione specialistica.

<u>Distribuzione Diretta</u>

Nel corso dell'anno 2011 l'ASS 2 ha dato massima attuazione della distribuzione diretta dei farmaci PHT e, nel contempo, ha iniziato un percorso di contrattazione con Federfarma volto ad un'eventuale stipula da parte delle azienda di accordi ai sensi dell'art. 8, c.1 lettera a). Si sono svolti incontri tra rappresentanti aziendali e delle

farmacie convenzionate, ai quali sono seguiti numerosi altri confronti di carattere tecnico. La contrattazione si è chiusa con la stipula di un accordo in ambito di Area Vasta Giuliano Isontina il 30 marzo 2012.

In particolare rispetto l'obiettivo della riduzione del residuo territoriale (tendente a 0) si evidenzia quanto segue:

- Nel corso dell'anno 2011 la Distribuzione diretta è stata potenziata portando da 2 a 5 le giornate di distribuzione, aumentando l'orario di distribuzione da 5 a 8 ore giornaliere e ampliando la distribuzione a tutti i farmaci presenti nella lista PHT. E' stata inviata ai MMG e agli specialisti ospedalieri una nota (n. 16102 e n 16101 dd. 22.06.2011) finalizzata a stimolare i prescrittori ad indirizzare i pazienti in terapia con farmaci PHT alle strutture aziendali. Primo invio ai MMG del report (1° trim. 2011) riguardante la prescrizione su ricettario SSN dei PHT e secondo invio ai MMG del report (2° trim. 2011) riguardante la prescrizione su ricettario SSN dei PHT. A partire a settembre 2011 è stata assunta una farmacista dedicata alla distribuzione diretta dei farmaci PHT.
- Non è possibile ridurre la spesa per farmaci PHT sotto a certi livelli minimi (variabili a seconda dell'assetto organizzativo, demografico e geografico di ogni ASS), ciò anche perché i pazienti, che non possono ritirare i medicinali presso le strutture aziendali, hanno facoltà e necessità di recarsi nelle farmacie più prossime al loro domicilio (vedi anche recente sentenza della Corte dei Conti del Friuli Venezia Giulia)
- Il persistere del blocco delle assunzioni a tempo indeterminato dei farmacisti dirigenti, nelle more della riorganizzazione della farmaceutica territoriale e ospedaliera di Area Vasta, ha comportato alcune criticità per le attività farmaceutiche: ciò a causa del frequente avvicendarsi dei farmacisti temporaneamente incaricati
- Dal mese di luglio 2011, le ricette spedite dalle farmacie convenzionate non sono state più lette dall'INSIEL e quindi i dati di dettaglio non sono più estraibili con il sistema di Analisi Qualitativa della Prescrizione Farmaceutica (AQPF). La mancata lettura impedisce sia un'adeguata indagine epidemiologica sia, soprattutto, la capillare e regolare restituzione ai singoli medici di medicina generale della specifica reportistica volta ad informarli rispetto ai loro pazienti che continuano a ritirare medicinali PHT nelle farmacie convenzionate e volta a sensibilizzarli a tutti gli altri aspetti della prescrizione farmaceutica, compreso l'uso delle molecole a brevetto scaduto. Nel corso della seconda metà dell'anno 2011 non è stato reso disponibile un sistema alternativo affidabile e flessibile quanto AQPF.

Il Sistema ministeriale per il Monitoraggio della Spesa Sanitaria (SISTEMA TS) posto come interessante alternativa non poteva fornire ancora una qualità della base dati comparabile con quella del sistema AQPF, o quantomeno sufficiente, (le farmacie convenzionate non trasmettevano tutti i dati delle ricette spedite – Il Servizio Farmaceutico Territoriale nel secondo semestre del 2011 si è impegnato nel promuovere l'adesione alla trasmissione dei dati da parte di tutte le farmacie convenzionate, processo che è stato completato nel 2011) Il sistema TS non era inoltre interrogabile con modalità libere ma forniva esclusivamente report predefiniti (non dedicati al recupero dei medicinali PHT).

I dati riguardanti il residuo PHT territoriale della ASS2 Isontina (fonte dati SISTEMA TS) risultano i seguenti: nel 2011, rispetto il 2010, il residuo PHT territoriale è diminuito di 94.746 €, assestandosi al 9,1% del totale della spesa netta convenzionata territoriale.

Come si nota dalla tabella sottostante di riepilogo dei dati 2010-2011, la riduzione del valore 2011 della Farmaceutica Convenzionata penalizza il risultato finale in termini %:

	Anno 2010	**Anno 2011**
residuo PHT	2.495.794	2.401.048
Convenzionata	27.648.249	26.260.618
% residuo PHT	**9,02**	**9,1**

Fonte TS (valori netti)

Assistenza Integrativa

In collaborazione con i Distretti è stata potenziata la distribuzione diretta di presidi per i pazienti stomizzati, in particolare i presidi a base di polveri e film protettivi per la detersione/igiene delle stomie. L'Azienda opera sul territorio provinciale in termini di distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. La farmacia Ospedaliera fornisce tutto quanto richiesto dalle strutture elencate secondo quanto previsto dalla legge e alla luce delle convenzioni in vigore.

L'attività di prescrizione di materiale AFIR viene gestita attraverso gli uffici distrettuali che si impegnano in accordo con la Farmacia Ospedaliera e il Servizio Farmaceutico Territoriale seguire le prescrizioni fatte ai

pazienti alla luce di quanto previsto nelle gare regionali
Messa a regime della distribuzione, tramite i Distretti Sanitari, di polveri e film protettivi per la detersione delle stomie e di materiale protesico per stomizzati. Effettuati 3 incontri con l'ufficio protesico del Distretto Alto Isontino e 1 incontro con l'ufficio protesico del Distretto Basso Isontino. Concordato protocollo per potenziare distribuzione diretta di materiale protesico acquistato dall'azienda tramite gara centralizzata al fine di evitare il più possibile il rimborso alle farmacie private. Complessivamente é stata potenziata la distribuzione diretta di cateteri (13 pazienti) e di polveri e film protettivi (10 Pazienti) che prima venivano erogati dalle farmacie esterne.

FARMACIA OSPEDALIERA**:**
Farmaci oncologici:
Tutti i farmaci oncologici vengono regolarmente registrati sul sito OncoAIFA, e viene effettuato l'iter per assicurare il rimborso. Per il 90,4% dei pz le cartelle sono complete dei dati dei pazienti. E' stato incrementato l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.
Distribuzione Diretta
La distribuzione diretta è in aumento, sia come farmaci dati in dimissione ospedaliera o dopo prestazione ambulatoriale, sia come distribuzione della duplice via. E' stata incrementata l'attività di distribuzione diretta con progressiva riduzione del residuo PHT (anche se non pari a 0). E' stata portata a regime l'attività di distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale mentre non è ancora partita la distribuzione per conto (partirà da giugno 2012 come da accordo stipulato nel 2012).
Assistenza Integrativa
E' diminuito il ricorso all'acquisto dei farmaci fuori prontuario terapeutico e aumentato il ricorso ai farmaci a brevetto scaduto. Sono intensificati i contatti con il DSC per migliorare la gestione dei farmaci e dei dispositivi medici.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.3 : Sicurezza e governo clinico

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
- Raggiungimento degli standard minimi di qualità e sicurezza definiti dalla DCSISSePS.	- Trasmesso alla DCSISSePS, entro il 30.03.11, documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sulla sicurezza del paziente e controllo infezioni correlate all'assistenza, comprensivo di piano di miglioramento su aree critiche ed obiettivi da raggiungere.
- Prosecuzione attività avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	- Trasmesso alla DCSISSePS, entro il 30.11.11, documento su grado di raggiungimento obiettivi previsti dal piano di miglioramento 2011.
- Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezioni correlate all'assistenza	- Partecipato alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza, secondo indicazioni DCSISSePS.

Attuazione al 31.12.2011
- E' stato trasmesso, nei tempi (30 marzo) e con le modalità previste dalla direzione centrale, il documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 ed il piano di miglioramento sulle aree critiche individuate con gli obiettivi da raggiungere
- È stato trasmesso in data 28.11.2011 in DCSISSePS il documento con il grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano di miglioramento 2011
- Realizzata la prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.4 : Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale: - Le Aziende Sanitarie, nonché gli IRCCS, della Regione FVG che hanno già concluso la fase di formazione del personale medico all'utilizzo della procedura informatica a supporto della fase prescrittiva, dovranno impegnarsi a che l'attività prescrittiva sia svolta in modalità elettronica. Le rimanenti Aziende che avvieranno l'attività di censimento e formazione dei medici prescrittori a conclusione dell'anno 2010 e durante l'anno di vigenza di codeste linee per la gestione dovranno garantire la loro collaborazione al processo di avviamento. - Le Aziende sanitarie territoriali verranno coinvolte nell'attività di allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e di autorizzazione. - Le Aziende dovranno assicurare la prosecuzione dell'attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri nel 2010 con obiettivo di rendere efficace e uniforme l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa, garantire la qualità degli interventi in tutte le fasi delle prestazioni.	**Risultato atteso:** Prescrizione del: - In caso sia già stata avviata la procedura di prescrizione informatizzata: almeno il 70% delle prescrizioni dei medici censiti e formati sono compilate elettronicamente. - In caso non sia già stata avviata la procedura di prescrizione informatizzata: utilizzo della procedura informatizzata. - Collaborazione delle aziende territoriali nell'attività di allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e di autorizzazione promosse dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali. - Partecipazione dei referenti aziendali al 100% delle attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri promossa dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali. - Definire percorsi prescrittivi e di erogazione dei prodotti di assistenza integrativa, anche in ambito di area vasta in un ottica di economicità per il SSR salvaguardando la qualità del servizio reso ai cittadini (distribuzione diretta e/o accordi con le farmacie e/o con i produttori e/o con i prescrittori).
L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: il risultato atteso n.1 – 2) è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.3.5 : Cure palliative	
Obiettivo aziendale: Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regione, e modalità operative di documentazione. - (ex art 7 lg 38/10) Obbligo di riportare in cartella infermieristica, medica, anche integrata laddove presente in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (ospedali, RSA, Hospice). Tale registrazione deve comprendere le caratteristiche del dolore, la terapia antalgica, i farmaci utilizzati ed i dosaggi, il risultato antalgico. I dati sopra riportati devono essere implementati anche nelle cartelle di assistenza domiciliare.	**Risultato atteso:** - Strutture ospedaliere, Hospice, RSA: 1) Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi. 2) Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno (>) nel 95% dei casi. 3) Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. - Assistenza domiciliare: 4) Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 50% dei casi. - Effettuazione a livello di area vasta di almeno un

- Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore. - Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	progetto di formazione sulla terapia antalgica e cure palliative. - Rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.

Attuazione al 31.12.2011

DAI (Distretto Alto Isontino)

Valutazione del dolore su 156 cartelle

- HGO: prima valutazione:95,7%
- HGO: Terapia antalgica: 99,5%
- HGO; Rivalutazione: 94,2%
- RSA/Hospice su 23 cartelle
- Prima valutazione: 100%
- Terapia antalgica: 100%
- Rivalutazione 100%
- ADI del DAI: 100% su 20 cartelle

DBI (Distretto Basso Isontino)

Valutazione del dolore su 152 cartelle

- HMO: prima valutazione: 78%
- HMO: Terapia antalgica:98 %
- HMO; Rivalutazione: 78 %

RSA/Hospice: su 23 carell

- Prima valutazione: 100%
- Terapia antalgica: 100%
- Rivalutazione : 100%

ADI (Assistenza domiciliare integrata) del DBI 79% su 14 cartelle

- attività effettuata regolarmente nelle RSA e sul territorio. Il personale medico ed infermieristico ha partecipato ad un evento formativo di AV sulle cure palliative in età pediatrica e ad un evento regionale effettuato in ASS n.1; nel mese di ottobre

Indicatori cure palliative:

- n. 137 ricoveri in Hospice (di cui 47 nel DAI e 90 nel DBI).
- n. 134 pazienti neoplastici assistiti in Hospice (di cui 44 nel DAI e 90 nel DBI)
- n. 93 pazienti deceduti in Hospice (di cui 42 nel DAI e 51 nel DBI)
- n. pazienti ASS2 deceduti per tumore nel 2010 : 522
- n. pazienti neoplastici assistiti dalla rete delle cure palliative (Hospice + ADI)/totale deceduti per tumore : (134 + 325)/522 = 87,9%

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.6: Rete oncologica	
Obiettivo aziendale: Partecipazione al 100% delle attività promosse dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali	**Risultato atteso**: Produzione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche

Attuazione al 31.12.2011

I medici convocati ai gruppi di lavoro (il responsabile ed un altro dirigente medico del Servizio) hanno partecipato all'unica riunione tenutasi nel 2010, rispettivamente nel gruppo dei primari e nel gruppo dei giovani oncologi. Non sono pervenute convocazioni da parte della Regione nel corso del 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.7 : Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale: - Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute.	**Risultato atteso:** • registrazione del numero di decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione 100%.

- Incremento nel Procurement di tessuti. - Sicurezza del processo donazione-trapianto	• registrazione del numero accertamenti di morte con criteri neurologici 100%. • numero accertamenti di morte/numero dei decessi per lesione cerebrale acuta > 20%. • evidenza della condivisione con la Direzione Aziendale dei progetti di incremento del procurement di cornee. • numero cornee prelevate/numero di decessi in Ospedale > 2.5% • prosecuzione attività di procurement da vivente (nelle sedi attivate). • attivazione del percorso di monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting con la nuova modulistica regionale • attivazione di almeno due audit dei processi di donazione-trapianto (numero audit/segnalazioni)

Attuazione al 31.12.2011

Rianimazione GORIZIA

- registrati sul donor manager del Centro Regionale trapianti tutti i 16 pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta (100%)
- segnalati 7 potenziali donatori di organi e di questi 7 sono stati utilizzati.
- numero di accertamenti/numero di decessi per lesione cerebrale acuta 43,75%
- sono state reperite 24 cornee
- sono stati eseguiti 2 audit clinici riguardanti le problematiche del 1° e 2° semestre e 1 incontro di formazione (per i dati riassuntivi vedi relazione del CRT)

Rianimazione MONFALCONE

- Registrati tutti i decessi per lesione cerebrale acuta (4 casi) in terapia intensiva (100%)
- Registrati (10 casi) i centralizzati presso altri ospedali con lesione cerebrale acuta (come da accordi con CRT come succedaneo ai punti 2 e 3); di questi individuato un donatore multiorgano inviato a Udine
- 2 eventi di promozione (ECM) effettuati in ospedale in accordo con direzione sanitaria di presidio
- Effettuati 5 prelievi di cornee (nel 2010: effettuato 1 prelievo).
- Adottata modulistica, non evidenza di eventi avversi nel 2011.
- non vengono effettuati accertamenti neurologici in quanto per ora i soggetti con lesione cerebrale acuta potenzialmente eleggibili per accertamento di morte con criteri neurologici sono trasferiti presso altro presidio idoneo all'accertamento, quindi non eseguendo processi di questo tipo non è stato fatto audit. Questo vale anche per 2° e 3° punto (numero accertamenti/numero decessi)

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.8 : Piano Sangue regionale

(linea di pertinenza della AOUTS a seguito del trasferimento di tutte le attività di competenza alla AOUTS a partire del 1/1/2011). L'ASS2 Isontina, attraverso il raccordo tra il dipartimento trasfusionale gestito dall'AOUTS e le direzioni mediche di presidio ospedaliero (Gorizia e Monfalcone) dell'ASS2, ha assicurato la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4.4 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Linea n. 3.4.4.1 : Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Le Aziende dovranno: • analizzare per area vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale. • Dovranno essere effettuate verifiche sulle condizioni logistico-strutturali finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza residenziale.	• Trasmissione entro il 30/06/2011 alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali di un documento di analisi e di proposte sostenibili, condiviso in ambito di Area Vasta • Trasmissione entro il 30/12/2011 dello stato di avanzamento della realizzazione delle soluzioni proposte.
Le Aziende dovranno in tema di continuità intra-territoriale: • promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco e demenza), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.	• Evidenza dell'attività di monitoraggio da parte dell'equipe multi professionali del distretto sulle malattie cronico degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco • Definizione e attivazione dei percorsi assistenziali previsti per le persone con demenza, funzionali alla diagnosi, alla cura nel proprio territorio e al supporto della famiglia con lo scopo di favorire la permanenza dei pazienti al proprio domicilio.
• sviluppare l'integrazione sanitaria e socio sanitaria nell'ambito della non autosufficienza nel territorio con la valorizzazione dell'interazione tra MMG, distretti, servizi sociali e risorse delle comunità locali.	• Evidenza di azioni finalizzate al recupero del funzionamento e della partecipazione/ inclusione sociale con lo sviluppo di interventi multidisciplinari.

Attuazione al 31.12.2011

- predisposto ed inviato entro giugno alla DCSISSePS il documento di AV; approvato e condiviso con i MMG nell'ambito UCAD il documento sulla continuità assistenziale, adottato con delibera n. 752 del 13.12.2011
- Elaborazione protocolli di continuità assistenziale in ambito di area vasta:
  - Protocollo interaziendale di AVGI sulla Continuità assistenziale ospedale-territorio a favore di soggetti fragili anziani
  - Protocollo interaziendale di AVGI sulla Continuità Riabilitativa
  - Protocollo interaziendale di AVGI sulla Continuità Assistenziale per bambini e adolescenti con bisogni complessi
  - Presa in carico alla dimissione dei pazienti con Scompenso Cardiaco Cronico
  - Continuità assistenziale per la presa in carico delle pazienti con diabete gestazionale
  - Continuità assistenziale per la presa in carico del paziente con piede diabetico in AVGI
  - Continuità assistenziale per la riabilitazione pneumologica in AVGI
- prosegue l'attività già in atto per il monitoraggio delle patologie croniche in collaborazione col CAD e la Pneumologia; con i limiti di un'organizzazione non ancora adeguata rispetto agli standard regionali.
- Per quel che riguarda le demenze è attiva una collaborazione con il centro diurno di Romans e con il Centro ARGO di San Canzian d'Isonzo a ciò dedicati allo scopo di individuare i pazienti eleggibili, coordinarne gli invii e prenderli in carico nelle fasi di passaggio dal domicilio al diurno
- Per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria è stato definito un percorso per la tutela del paziente fragile in dimissione ospedaliera e dalle RSA con il coinvolgimento dei SSC e dei MMG dell'UDMG dei due Distretti. La procedura è stata deliberata in ambito aziendale ed è attiva dal mese di novembre dopo una

fase sperimentale propedeutica.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2: Riabilitazione	
Obiettivo aziendale: 1. Atti propedeutici per l'attivazione di Dipartimenti di riabilitazione di area vasta 2. Implementare la collaborazione interspecialistica (cardiologo, pneumologo, fisiatra, fisioterapista infermiere, psicologo) per la riabilitazione cardiologica e respiratoria	**Risultato atteso**: 1. Relazioni con indicazioni operative 2. Numero di utenti trattati con approccio pluridisciplinare e in area vasta

Attuazione al 31.12.2011

- Nell'ottica della formazione di un gruppo regionale propedeutico alla formazione di un dipartimento di AV di riabilitazione è stato individuato un referente medico. E' stato implementata la collaborazione con le SOC di Pneumologia e Cardiologia attraverso un percorso semplificato che prevede la visita entro le 24 ore e l'inizio della terapia in tempi immediatamente successivi; è stato istituito un team multidisciplinare costituito dalle seguenti figure professionali: Medico fisiatra, fisioterapista, psicologo, a disposizione per intraprendere l'attività in AV. Per quanto riguarda la figura dell'infermiere ci si avvale degli infermieri di turno nei reparti.
- Il responsabile ff della SOC di Riabilitazione ha partecipato in data 22.09.11 presso l'Ospedale di Cattinara alla stesura degli atti propedeutici per l'attivazione del Dipartimento di Riabilitazione e collaborato alla stesura di un documento preliminare. Inoltre, il 13 ottobre egli ha partecipato alla riunione presso la Direzione del Distretto ASS 1 a Trieste per la "continuità riabilitativa".
- In data 11.11.11 ed in data 29.11.11 partecipato alle riunioni per il Dipartimento Riabilitativo in Area Vasta con relazione finale. In data 9.12.11 partecipato alla riunione sull'organizzazione della riabilitazione respiratoria
- Nel 2011 sono stati trattati con approccio pluridisciplinare in area vasta n. 48 pazienti per la riabilitazione cardiovascolare e n. 7 pazienti per la riabilitazione respiratoria

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO
NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.3 : Dipendenze	
Obiettivo aziendale: 1. Predisporre gli atti propedeutici per l'istituzione di dipartimenti delle dipendenze di area vasta. 2. Garantire la collaborazione e il supporto al costituendo "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze". 3. Adottare quando disponibile lo strumento nazionale di informatizzazione dei servizi delle dipendenze finalizzato alla produzione e alla trasmissione di dati omogenei e affidabili.	**Risultato atteso**: 1. Trasmissione, entro il 30-09-2011, alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali del documento di area vasta che definisce le soluzioni tecnico organizzative del dipartimento delle dipendenze. 2. Collaborazione e supporto al 100% delle iniziative del "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze". 3. Trasmissione alla alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, di dati omogenei e affidabili.

Attuazione al 31.12.2011

1) Firmato il documento, sono state attivate tre linee di collaborazione sinergica tra i due Ser.T. (Ass1 e Ass2) che verranno sviluppate a partire dal 2012.

2) Sono continuate le attività previste a seguito dell'istituzione del "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".

3) Entro il mese di gennaio 2012 è stata completata la formazione di tutti gli operatori dei Ser.T. regionali e l'installazione del sistema informatico MFP. L'inizio della raccolta dati è stato quindi previsto a partire dal febbraio 2012.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: Il risultato atteso 3) è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Linea n. 3.4.4.4 : Salute mentale

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso**:
• Definire e sperimentare modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale;	• Formulazione di protocolli distrettuali condivisi
• Individuare e sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/ recovery).	• Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, in integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders
• Programmare e avviare percorsi formativi condivisi con la medicina generale su una specifica area critica (es. depressione risposte farmacologiche e non)	• Attivazione di percorsi formativi condivisi su scala distrettuale, di area vasta e regionale.
• Consolidare la rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello)	• Miglioramento dei percorsi di cura e riabilitazione dei DCA
• Predisporre il superamento dell'attuale assetto organizzativo del CSM A.I. e relativi letti ad "alta assistenza", e la programmazione e l'utilizzo del SPDC della ASS n. 1 "Triestina, in una logica di collaborazione in Area Vasta	• Stesura di un piano pluriannuale con definizione dei livelli di fattibilità, dei tempi, dei luoghi e delle risorse necessarie alla realizzazione.

Attuazione al 31.12.2011

- Revisionato il protocollo tra DSM e altri attori del territorio
- I medici del DSM hanno migliorato le relazioni con i MMG effettuando visite congiunte a domicilio, rispondendo a richieste anche telefoniche di consulenza e condividendo la presa in carico dei pazienti accolti nei servizi sulle 24 ore. Agli incontri hanno partecipato anche i SSC con i quali sono migliorati i rapporti di collaborazione anche in sede di UVD ed UVD FAPS
- Effettuata UDMG e definiti gli accordi operativi tra DSM, Distretti e MMG sul tema esordi. Ridefiniti protocolli distrettuali e con MMG.
- Svolti percorsi formativi di area vasta (tema esordi) e su scala distrettuale (tema lavoro di rete) nell'ambito del quale hanno partecipato anche SERT, EEPH e Consultorio famigliare. Dalla teoria si è passati alla pratica attuando una condivisione di risorse in progetti comuni tra più Servizi.
- E' proseguita l'attività di audit clinico con cadenza mensile. Si è partecipato a tutti gli incontri della rete regionale DCA. E' stato organizzato un evento formativo nel mese di dicembre presso il P.O. di Monfalcone.
- Steso e concordato con il DSM di Trieste il piano di attività

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.5 : Materno infantile	
Obiettivo aziendale: 1. individuazione di percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite e disabilità fisica/psichica, atti a garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure nella fase di transizione tra l'età evolutiva e quella adulta 2. avvio di un programma di screening uditivo neonatale 3. Stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	**Risultato atteso**: 1. elaborazione di un protocollo standardizzato per i bambini con malattia cronica per il passaggio dall'età evolutiva (16-18 anni) all'età adulta 2. Partecipazione al programma di screening regionale 3. Partecipazione al 100% delle attività avviate dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali sulla stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 1. elaborato documento di un percorso condiviso per il passaggio del paziente con diabete dal pediatra all'età adulta. 2. Prosecuzione del programma di screening uditivo. Dal 13 febbraio tutti i neonati dei punti nascita di Gorizia e Monfalcone sono stati screenati. 3. Si è partecipato all'unico incontro sul tema convocato dalla DCSISSePS il 14.12.2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.6: Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	
Obiettivo aziendale: Tutte le Aziende del sistema sanitario regionale devono: 1) partecipare all'attuazione del processo di ri-autorizzazione secondo le modalità che verranno definite con l'integrazione del DPReg. N. 0333/Pres. del 2008 (Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonché delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, adattamento, trasformazione o trasferimento delle strutture residenziali per anziani e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle relative attività). 2) partecipare alla definizione di un sistema regionale e aziendale di monitoraggio e promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani, in particolare: a) partecipare alla selezione e identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità; b) aderire agli interventi formativi relativamente all'utilizzo degli indicatori selezionati; c) aderire agli interventi formativi per la realizzazione di percorsi di audit; d) verificare la tenuta degli indicatori selezionati ed impostare un'ipotesi di percorso per il miglioramento della qualità nelle strutture. 3) monitorare e verificare il sistematico utilizzo dello strumento di VMD Val.Graf –FVG e dei sistema	**Risultato atteso:** - identificazione e formalizzazione di un referente aziendale per tutte le attività legate al programma di Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti; - n.4 di operatori formati all'utilizzo degli indicatori di qualità definiti; - n. 4 di operatori formati alla realizzazione di percorsi di audit; - n.2 di percorsi sperimentali di audit attivati sul totale delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti presenti sul territorio aziendale; - in almeno una struttura residenziale per anziani non autosufficienti del territorio aziendale viene impostato un percorso di miglioramento della qualità; - 80 % delle valutazioni Val.Graf. aggiornate per ciascun ospite presente nel trimestre sul numero degli ospiti presenti nello stesso trimestre; - n.2 di report trimestrali relativi al rendiconto del contributo per l'abbattimento retta prodotti con SIRA-FVG sul numero dei trimestri per ciascuna struttura convenzionata del territorio aziendale; - n.4 convenzioni stipulate con i servizi

informatizzati e-GENeSys e SIRA-FVG nelle strutture residenziali per anziani convenzionate del proprio territorio. 4) nell'ambito del governo della rete dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti: a) collaborare con la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali - sulla base di specifiche linee di indirizzo regionali – al censimento ed alla verifica della sussistenza di requisiti minimi dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti del proprio territorio; 5) avviare una graduale presa in carico degli anziani accolti presso i servizi semiresidenziali per anziani attraverso la valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf –FVG; c) predisporre convenzioni con i Centri Diurni ai fini dell'erogazione del contributo per l'abbattimento delle rette (art. 13 L.R. 10/97).	semiresidenziali del territorio; - redazione di un elenco dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti censiti sul territorio aziendale. - entro il 31 marzo 2011 tutti i servizi semiresidenziali che hanno presentato domanda entro il 31.01.2011 ed in possesso dei requisiti sono convenzionati. - tutti i nuovi accolti nei servizi semiresidenziali per anziani sono valutati con lo strumento di VMD Val.Graf – FVG in sede di UVD a partire dal convenzionamento. - Mantenimento dello standard attuale di puntuale reportistica da parte delle case di riposo convenzionate

Risultato raggiunto al 31.12.2011

DAI

- Identificato referente aziendale, si è in attesa di indicazioni regionali per l'avvio della fase di riautorizzazione delle strutture esistenti sul territorio distrettuale
- effettuata attività formativa programmata da area Welfare cui hanno partecipato infermieri, fisioterapisti ed i responsabili dei Distretti (4 operatori formati nel DAI), effettuato un percorso di audit presso la casa di riposo "Villa S. Giusto"; la scelta di un unico percorso di audit per l'ASS è stata condivisa con l'area Welfare in conseguenza della complessità e delle caratteristiche della struttura
- effettuata la convenzione con l'unico servizio semiresidenziale esistente nel DAI (Romans); La Convenzione è unica in quanto nel DAI esiste un unico Servizio Semiresidenziale per anziani non autosufficienti
- prosegue regolarmente aggiornamento ed invio da parte delle strutture delle schede Valgraf

DBI

- partecipato con un medico identificato a livello aziendale al gruppo di lavoro per la definizione degli indicatori. Secondo indicazioni regionali e compatibilmente con le risorse disponibili verrà dato avvio ai pecorsi di audit
- effettuata attività formativa programmata da area Welfare cui hanno partecipato infermieri, fisioterapisti ed i responsabili dei Distretti (3 operatori formati nel DBI)
- 80% delle valutazioni VALGRAF vengono aggiornate regolarmente dalle strutture; i report trimestrali relativi al sistema SIRA-FVG vengono regolarmente inviati. Convenzioni con le tre strutture semiresidenziali del DBI già avviate
- Concluso il progetto formativo su Val.Graf che sarà utilizzata a partire dal 1.1.2012 anche per le UVD. Prosegue il monitoraggio delle strutture

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.7 - Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF a supporto della presa in carico integrata delle persone con disabilità	
Obiettivo aziendale: Le Aziende per i servizi sanitari proseguiranno nell'impegno di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con malattie croniche e con disabilità utilizzando metodologie e strumenti basati su ICF ed opereranno attraverso operatori opportunamente formati	**Risultato atteso:** Vengono valutati, utilizzando la "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" e l'applicativo predisposto ad hoc dalla Regione, con la finalità di definire o aggiornare il progetto personalizzato di intervento: a) un numero di casi tra 20 e 30 in totale (entro il

	30.09.2011), di cui: 1. almeno al 5% dell'utenza già inserita in strutture residenziali e/o semiresidenziali per persone con in atto (la corrispondenza numerica relativa al 5% è in corso di verifica); 2. tutti i casi per i quali viene autorizzato il primo ingresso nel segmento di offerta residenziale e/o semiresidenziale per persone con disabilità; 3. un numero di casi in carico ai Distretti in età evolutiva e di età superiore ai 65 anni ad eventuale completamento della casistica totale. b) un numero totale di 50 casi in carico ai DSM delle ASS 3, ASS 4, ASS 5, in modo tale che ognuno dei 10 centri di salute mentale valutino 5 casi ciascuno. Per tutti i casi è presente il consenso al trattamento dei dati personali.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 Sono stati valutati i casi concordati utilizzando la "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" e l'applicativo predisposto ad hoc dalla Regione (15 casi DAI e 10 DBI)	
VALUTAZIONE OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.8 : Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate	
Obiettivo aziendale: L'ASS n. 2 "Isontina" darà evidenza: 1. delle tipologie e delle quote degli appalti di fornitura di beni e servizi riservati alla cooperazione di inserimento lavorativo, 2. dell'entità dell'incremento delle convenzioni stipulate con le cooperative sociali di inserimento lavorativo ai sensi dell'art.5 della legge 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, evidenziandone i contenuti secondo lo schema di convenzione tipo previsto dall'art.23 della LR 20/2006. 3. della presenza tra i criteri di valutazione delle offerte la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	**Risultato atteso**: 1. Almeno il 2% dell'importo complessivo degli affidamenti a terzi delle forniture di beni e servizi è appaltato alla cooperazione sociale di inserimento lavorativo. 2. Esistono convenzioni con le cooperative sociali stipulate nell'anno 2011 ai sensi dell'art.5 della legge 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, redatte secondo lo schema di convenzione tipo previsto dall'art.23 della LR 20/2006 in numero maggiore a quelle predisposte in ciascuno degli ultimi tre anni. 3. Le procedure di selezione per l'affidamento di servizi contengono tra i criteri della valutazione dell'offerta progettuale la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate
L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS **Risultato raggiunto al 31.12.2011** a) il 62% dell'importo dei nuovi contratti di servizi sono gestiti direttamente dal Servizio Affari Generali dell'azienda b) attivate 2 nuove convenzioni c) ove possibile, sono stati utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.9: Azioni di supporto all'Amministrazione regionale nell'Area integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, dimensioni internazionali della salute e politiche familiari da parte dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana"
Risultato raggiunto al 31.12.2011 Partecipazione alle attività di programmazione come definito dal percorso di integrazione socio-sanitaria e politiche sociali e dimensioni internazionali della salute. Nessuna risorsa richiesta.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.1 : Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: - Introdurre la prescrizione elettronica presso MMG e PLS e abbandonare progressivamente l'uso della impegnativa rossa contestualmente alla estensione del progetto "Medici in Rete" (DPCM 26-03-2008). - Le aziende proseguono nella diffusione della prescrizione elettronica in tutte le strutture erogatrici.	**Risultato atteso:** - Compatibilmente con gli sviluppi regionali, relativamente alla integrazione dei sistemi proprietari con il portale della continuità della cura, almeno il 20% dei MMG/PLS insieme sperimenta la prescrizione elettronica dal 1 giugno 2011, utilizzando i propri applicativi o il portale della continuità della cura. - Compatibilmente con le sperimentazioni regionali, tutte le U.O. che prescrivono sperimentano la prescrizione elettronica. Almeno il 50% dell'attività prescrittiva è digitale dal 1 settembre 2011
Risultato raggiunto al 31.12.2011 - Si attende dalla DCSISSePS l'indicazione dell'avvenuta integrazione della prescrizione elettronica con i sistemi proprietari degli MMG e PLS. - In assenza di questo, il medico può attivare la prescrizione solo per le prestazioni specialistiche se erogate presso la azienda di appartenenza solo attraverso il portale della continuità della cura. Per le prescrizioni farmaceutiche non si hanno indicazioni al riguardo. - inviato ad Insiel elenco medici specialisti per l'abilitazione ricetta elettronica - predisposto corso formazione Gorizia e Monfalcone il 12 e 15 dicembre, nonostante ci sia stata una continua formazione durante tutto l'anno direttamente nelle UU.OO. - la sperimentazione della prescrizione elettronica è partita nel corso dell'anno 2010 in oncologia e sta procedendo in molte UU.OO.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: l'obiettivo è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.	

Linea n 3.4.5.2 : Firma digitale	
Obiettivo aziendale: Le aziende estendono l'utilizzo della firma digitale alla lettera di dimissione.	**Risultato atteso:** Almeno il 30% delle strutture di ricovero firma digitalmente la lettera di dimissione dal 1 giugno 2011.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS - la lettera di dimissione è stata attivata in tutte le UU.OO che usano il G2 clinico - avviate tutte le UU.OO per la SDO informatizzata - i corsi sono stati effettuati nei primi mesi dell'anno in corso. - non si può partire con la firma digitale della lettera di dimissione perchè il sistema G2 clinico/degenza non è abilitato alla firma da parte di Insiel che è in attesa di indicazioni regionali dalla DCSISPS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.5.3 : Privacy	
Obiettivo aziendale: - Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario. - Semplificare e uniformare la gestione degli utilizzatori dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell'accesso alle informazioni.	**Risultato atteso:** - Disponibilità alla sperimentare del consenso. - Disponibilità alla sperimentazione del nuovo applicativo per la gestione unitaria di tutti gli utilizzatori dei sistemi sanitari integrata con la gestione giuridica del personale, secondo le indicazioni e la pianificazione regionale.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS La ASS2 non ha avuto indicazione dalla DCSISSePS per l'avvio della sperimentazione del sistema. La ASS2 rimane a disposizione e conferma l'intenzione di sperimentare.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.5.5 : Sistemi di accesso	
Obiettivo aziendale: Completare la diffusione dell'Anagrafe Unica e del CUP.	**Risultato atteso:** Avviare l'Anagrafe Unica e il CUP Regionale nell'Area Triestina secondo la programmazione regionale.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS. Garantita la disponibilità alle altre aziende di area vasta incontrando i referenti del Burlo per dare un supporto alla configurazione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.6 : Portale del cittadino	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso del portale del cittadino alla prenotazione e pagamento delle prestazioni presenti nelle prescrizioni elettroniche.	**Risultato atteso:** Compatibilmente con la disponibilità del servizio da parte della Direzione Centrale, viene reso disponibile al cittadino il servizio di prenotazione elettronica delle prescrizioni sul portale del cittadino ed il servizio di pagamento on-line della prestazione contestuale alla prenotazione.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS 1. si rimane in attesa di una convocazione da parte della DCSISSePS. 2. le prestazioni non sono state individuate perchè la scelta dipendeva dai criteri che la DCSISSePS doveva definire (vedi punto 1) 3. in attesa di definizione incontro con Insiel e/o con DCSISSePS 4. Se il percorso (linee 2-3) darà esito positivo, si predispone la Campagna di promozione del processo da parte dell'azienda.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.7 : Farmacie in rete	
Obiettivo aziendale: Avviare il processo di riorganizzazione dei flussi informativi relativi alle prescrizioni elettronica dei farmaci per arrivare alla dismissione del servizio di lettura ottica delle prescrizioni.	**Risultato atteso:** Le Farmacie vengono coinvolte nel processo regionale di revisione dei sistemi informativi per l'adeguamento alla gestione elettronica delle prescrizione.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS Si rimane in attesa di indicazioni della DCSISSePS per quanto riguarda la prescrizione elettronica dei farmaci; attualmente il percorso da parte della regione non è stato avviato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.8 : Qualità della cura **Linea n. 3.4.5.9 : Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza**	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso di sistemi informatici a tutti gli ambulatori e a tutti i reparti.	**Risultato atteso:** Tutti gli ambulatori/reparti refertano utilizzando applicativi informatizzati.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 1. il censimento degli ambulatori evidenzia che i distretti di Gradisca, Cormons, Grado non hanno il G2 clinico; 2. Tutte le postazioni di lavoro nei distretti hanno installato il G2 clinico; 3. i medici iniziano a refertare sul G2 clinico.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.10 : PACS	
Obiettivo aziendale: Attivazione del Sistema PACS aziendale, in coerenza con il cronoprogramma di progetto	**Risultato atteso:** a) Provvedere alla realizzazione delle precondizioni logistico/infrastrutturali ed impiantistiche b) In coerenza con il cronoprogramma del progetto regionale e per quanto di competenza, garantire ogni collaborazione al gruppo di progetto DSC e ogni supporto necessario nella fase di installazione del sistema PACS aziendale e favorire le fasi di avvio e di messa a regime del sistema stesso.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 a) provveduto: sono stati messi in sicurezza i due CED dei poli ospedalieri b) garantito: le fasi di installazione delle apparecchiature PACS sono avviate secondo il cronoprogramma	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.12 : Continuità delle cure ed estensione dei servizi territoriali **Linea n. 3.4.5.13 : Medicina convenzionata**	
Obiettivo aziendale: Applicazione del DPCM 26-03-2008 (certificati di malattia e trasmissione prescrizioni) e diffusione delle esenzioni da reddito	**Risultato atteso:** I certificati di malattia INPS vengono trasmessi secondo le indicazioni tramite portale o call center, compatibilmente con il funzionamento dei servizi indicati (portale continuità della cura, portale Inps, call center Inps)
Estensione dei servizi disponibili a tutti MMG e PLS del consorzio CICOM.	L'80% dei MMG e PLS è in grado di connettersi direttamente ai servizi del portale della continuità della cura.

Risultato raggiunto al 31.12.2011 1. L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS. Il corso di formazione ai MMG/PLS del certificato telematico è stato fatto nel corso dell'anno 2010; è stato fatto corso formazione medici specialisti sia per il certificato di malattia telematico, sia per la compilazione dell'impegnativa virtuale. I medici specialisti iniziano ad utilizzare il certificato di malattia telematico. I PS e le Guardie Medici utilizzano lo strumento 2. la DCSISSePS si è attivata per la messa in rete dei medici ma vi è stata poca adesione da parte dei MMG/PLS. Circa 24 medici, quelli che hanno partecipato al progetto del 2008, hanno la rete gestita dall'azienda. tutti i medici utilizzano la rete aziendale o regionale, ove presente, e la loro rete personale per inviare i certificati di malattia telematici. Attualmente non ci sono nuove integrazioni tra Consorzio CICOM e portale dei medici. Per quanto riguarda la parte delle esenzioni per reddito siamo ancora in attesa di una comunicazione da parte della DCSISSePS; attualmente lo stiamo raccogliendo man mano che si presentano ed aggiorniamo il sistema.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: Obiettivo stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"; e perché sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.5.14 : Sistemi informativi territoriali per la disabilità	
Obiettivo aziendale: Proseguire l'attività di rinnovamento dei sistemi per la disabilità e le malattie croniche.	**Risultato atteso**: Sperimentazione secondo pianificazione regionale.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 In attesa di indicazioni regionali	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.15 : Sistema del Sociale	
Obiettivo aziendale: Partire dalla attuale cartella sociale per arrivare al "Sistema del Sociale".	**Risultato atteso:** Avvio secondo pianificazione regionale.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 1. In attesa di indicazioni regionali	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.16 : Case di Riposo	
Obiettivo aziendale: Estendere l'informatizzazione delle case di riposo.	**Risultato atteso:** Avvio dell'informatizzazione nel 20% delle case di riposo, compatibilmente con l'indicazione da parte della regione del referente regionale del progetto (obiettivo sospeso dalla Regione)
Risultato raggiunto al 31.12.2011 In attesa di indicazioni regionali	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n. 3.4.5.17 : Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale: Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso**: Implementazione del nuovo sistema "giuridico del personale" secondo pianificazione regionale.
Risultato raggiunto al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.18 : Sistema di governo	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:** Sperimentazione, secondo pianificazione regionale, del modello predefinito di rappresentazione del processo di pianificazione e controllo in un'Azienda Ospedaliera e in un'Azienda per i Servizi Sanitari.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.6 Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamento e logistica	**Risultato atteso:** Produzione di uno studio di fattibilità per l'ingresso nel Magazzino Centralizzato, da redigersi in accordo con il DSC
Attuazione al 31.12.2011 Sono continuati i contatti sia con l'AV (con l'AOUTS e con la ASS1) che con il DSC. Nell'incontro avuto dai Direttori Amm.vi delle 4 Aziende di AV con il DSC, quest'ultimo ha esplicitato le proprie valutazioni e le tempistiche di fattibilità, in dipendenza delle attività già programmate nel 2012 e dei contratti in essere. In considerazione dei vincoli e dei percorsi organizzativi da realizzarsi e limitatamente agli aspetti di competenza del DSC, si ritengono praticabili le seguenti scadenze minime per l'ingresso delle Aziende dell'AV Isontino-giuliana nel servizio logistico centralizzato: - ASS2: a partire da gennaio 2013, compatibilmente con il piano SISSR 2012 di INSIEL e con la disponibilità del gestore logistico; - AOUTS, ASS1 e Burlo a partire dal 2014	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 4.2 Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedevano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestione, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per

	l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011 Tutti i progetti che prevedevano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale sono stati corredati da relazioni illustrative sanitarie conformi a quanto richiesto dalla linea guida regionale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA
ASS 2 "ISONTINA"

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2005		Piano 2006		Piano 2007		Piano 2008	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	14.767,0	%	5.100,0	%	2.000,0	%	5.270,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Progettazione conclusa	380,0	2,6%	534,0	10,5%	1.434,0	71,7%	3.000,0	56,9%
Cantiere in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1.500,0	28,5%
Opera conclusa	14.387,0	97,4%	4.566,0	89,5%	566,0	28,3%	770,0	14,6%
Totale	14.767,0	100,0%	5.100,0	100,0%	2.000,0	100,0%	5.270,0	100,0%

	Piano 2009		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.841,0	%	1.653,5	%	1.250,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	350,0	21,2%	385,0	30,8%
Progettazione conclusa	200,0	10,9%	968,5	58,6%	545,0	43,6%
Cantiere in corso	781,3	42,4%	-	0,0%	70,0	5,6%
Opera conclusa	859,7	46,7%	335,0	20,3%	250,0	20,0%
Totale	1.841,0	100,0%	1.653,5	100,0%	1.250,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					30.12.2010	31.12.2011
Nuova Sede Direzionale						
II lotto	2004	2.170,0	I trim 2007	II trim 2009	100%	100%
III lotto	2005	1.161,8	IV trim 2009	III trim 2010	0%	In fase di gara
S. Polo di Mofalcone:						
Adeguamento normativo della piastra						
I lotto	2006	3.500,0	IV trim 2008	IV trim 2010	100%	100%
II lotto	2008	1.500,0	II trim 2011	IV trim 2011	0%	98%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2005	3.547,5	3.420,2	3.547,5	*100%*
2006	117,0	117,0	117,0	*100%*
2007	700,0	700,0	700,0	*100%*
2008	-	-	-	*0%*
2009	1.939,0	878,6	1.290,8	*67%*
2010	2.654,3	488,4	1.199,5	*45%*
2011	1.830,0	-	676,1	*37%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	7.961,1	1.025,2	1.130,6	141,3
2007	1.105,3	260,2	1.287,4	160,9
2008	385,9	72,8	674,7	84,4

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31 12 2011*
2.368,15	-

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Ambulanza (1) e automedica (1) 118	Ospedale di Gorizia	2010	135,0	71,8	non avviato	aggiudicato
Mammografo digitale (A)	radiologia Gorizia	2011	360,0	323,9	-	aggiudicato
Ecotomografo (C)	cardiologia Monf	2011	120,0	120,0	-	gara conclusa DSC
Laser	urologia Gorizia	2011	180,0	180,0	-	gara avviata DSC

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di Area Vasta)	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizione delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31/12/2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, nella seduta di data 27-4-2011, ha definito i Progetti delle funzioni coordinate di Area Vasta contenenti i relativi piani attuativi. I progetti sono stati trasmessi alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e poltiche sociali con nota prot. n° 36084/A del 04/05/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema	**Risultato atteso:** Entro il 30/04/2011 approvazione del Piano attuativo di Area Vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'aera amministrativa: - trattamento previdenziale, - acquisizione del personale, - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari, - fiscalità, - recupero crediti, - controllo sulle esenzioni ticket.
Attuazione al 31/12/2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, in data 27-4-2011, ha definito il Piano di Riorganizzazione Gestionale che è stato trasmesso alla Direzione Centrale (DCSISSePS) con nota prot. n° 36084/A del 04/05/2011. Inoltre, sulla base di quanto indicato dalla Giunta con propria delibera n. 1720 del 23-9-2011 (modifiche al Patto tra Regione e Direttore generale), il Direttore generale dell'ASS4 in qualità di coordinatore delle Aziende di Area vasta Udinese, ha inviato la nota 97773/A del 31-12-2011 avente per oggetto: "DGR n. 597 del 8.04.2011 così come modificata dalla DGR n. 1720 del 23.09.2011. - Progetto di riordino delle funzioni amministrative e di supporto dell'Area Vasta Udinese".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale: Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta udinese per l'anno 2011	**Risultato atteso:** - Evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla DGR 288/2007 per singola Azienda e per Areaa Vasta. - E' disponibile sui siti aziendali il monitoraggio periodico dei tempi d'attesa di Area Vasta
Attuazione al 31.12.2011 a. Sono state regolarmente effettuate le rilevazioni dei tempi d'attesa nelle giornate indice di aprile, luglio,	

ottobre 2011 e gennaio 2012. Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2011, per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi di erogazione. In occasione dei monitoraggi trimestrali, è stato elaborato un breve resoconto di AVUD con evidenza delle prestazioni con tempi tendenzialmente critici e/o con numerosi pazienti in attesa allo scopo di rappresentare la situazione ai Direttori Sanitari dell'AVUD e per individuare gli interventi correttivi necessari. In occasione della rilevazione regionale del mese di luglio, è stato predisposto un modello di report direzionale con il quale vengono rappresentate, per ogni prestazione tracciante, le seguenti informazioni:

- n° di sedi in cui vengono erogate in AVUD secondo i PAL/PAO,
- n° complessivo di utenti in attesa
- n° sedi in cui vengono rispettati i tempi, comprese le classi di priorità, ove previste;
- i volumi erogati dalle strutture pubbliche e private nel 2010,
- la stima 2011 calcolata sull'erogato a maggio 2011;
- il delta % gennaio-maggio 2010/gennaio-maggio 2011.

Nella relazione contenuta del presente documento è data puntuale evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla programmazione aziendale.

b. Sul sito aziendale sono stati pubblicati i monitoraggi dei tempi d'attesa di Area Vasta Udinese a partire dalla giornata indice di aprile 2011 nella sezione dedicata ai Tempi d'attesa

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.2 Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	
Obiettivo aziendale: Applicare modalità condivise tra medici prescrittori e medici specialisti per semplificare le prescrizioni di prestazioni specialistiche	**Risultato atteso:** Realizzazione del consensus sul documento relativo alla semplificazione delle prescrizioni specialistiche, predisposto nel 2010.

Attuazione al 31.12.2011

Il gruppo tecnico interaziendale che si occupa dei tempi d'attesa in Area Vasta ha redatto nel corso del 2010 una prima stesura del documento riguardo le modalità e la tempistica di prescrizione delle prestazioni specialistiche, come indicato dalla DGR n. 288/2007 e dalla L.R. n. 7/2009. Nel 2011 il documento è stato sottoposto all'attenzione delle Direzioni sanitarie aziendali ed è stato oggetto di un esame preliminare della Commissione per l'Integrazione Medicina Territorio/Medicina Ospedaliera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Udine.

Le Direzioni sanitarie dell'AVUD hanno identificato i professionisti per la partecipazione alla riunione di consenso sul documento, individuandoli tra Medici di Medicina generale, Medici specialisti e medici con ruoli di responsabilità nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Il giorno 23 marzo 2011 si è tenuto l'incontro, con la partecipazione di professionisti delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Udinese, per la condivisione del documento per la semplificazione delle prescrizioni specialistiche. Il documento è stato successivamente adottato con delibera del Direttore Generale ASS 3 n. 148 del giorno 25.05.2011 "D.G.R. N. 2384 del 25.11.2010 Linee per la gestione del S.S.R. 2011 – Linea per la Programmazione 3.4.1.2 "Semplificazione delle Prescrizioni Specialistiche" - Adozione del Documento "Protocollo per la Semplificazione della Prescrizione delle Prestazioni Specialistiche".

Il documento è stato successivamente distribuito alle strutture aziendali e ai professionisti interessati ed è stato pubblicato sul sito aziendale. È stata inoltre garantita la partecipazione ad un incontro con i MMG, gli specialisti ambulatoriali e i medici ospedalieri del Distretto e Ospedale di San Daniele per la presentazione e la condivisione dei contenuti del documento.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.3 Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/ prenotazione/ gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale	
Obiettivo aziendale: Adeguare e uniformare le modalità operative per la	**Risultato atteso:** Ogni Azienda predispone un report che evidenzi gli esiti

prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nell'Area Vasta.	della verifica da trasmettere ai prescrittori

Attuazione al 31/12/2011

Con delibere DG n. 148 e n. 149 dd. 25/05/2011 è stato adottato il documento di Area Vasta "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni specialistiche" e il documento "Sistema di Accessibilità dei Pazienti alle Cure Specialistiche in Regime Ambulatoriale", Comprensivo del "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali", precedentemente presentato e sottoposto a valutazione in occasione di incontri di Area Vasta Udinese con i referenti CUP e Call Center, con i rappresentanti degli UDMG e degli erogatori privati. Nel mese di giugno 2011 sono stati organizzati incontri formativi/informativi sui contenuti del documento rivolti agli operatori degli sportelli CUP, delle segreterie di reparto delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese.

Completata la fase di adozione e diffusione dei documenti relativi al "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali" ed al "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni ambulatoriali", sono state organizzate e portate a termine due analisi campionarie con la raccolta di prescrizioni presso tutte le strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese nelle seguenti giornate:

- 4 e 5 luglio per le prestazioni di visita cardiologica, visita neurologica, visita oculistica, ecografia addome, EGDS e colonscopia;
- 29 agosto – 2 settembre per la prima visita e i controlli delle specialità oculistica, cardiologia e neurologia.

I risultati del primo campionamento (872 ricette campionate) sono stati elaborati e commentati nel documento "Verifica in Area Vasta delle prescrizioni per alcune prestazioni specialistiche prioritarizzate", presentato ai Direttori sanitari, ai responsabili delle SOC dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Udine e ai responsabili dei Distretti dell'Area Vasta Udinese; durante quest'ultimo incontro sono stati illustrati anche i primi dati di confronto con il 2° campionamento (1891 ricette esaminate).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.4 Prescrizione elettronica e prenotazione on-line	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:** Si rimanda alla scheda della "Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica"

Attuazione al 31/12/2011

Si rimanda alla scheda della "Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica"

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
Obiettivo aziendale: Individuare la procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti"	**Risultato atteso:** Le Aziende applicano la procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti" entro il 15 aprile per la visita cardiologica e per le ecografie addominali

Attuazione al 31/12/2011

Con delibera del DG n. 54 del 03/03/11 "Art. 12 L.R. 7 Del 26.03.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale": modifica dei tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità P programmata) per le prestazioni di visita cardiologica ed ecografia addominale" la Direzione dell'A.S.S. 3 ha dato disposizione alle strutture aziendali ed ai medici prescrittori di modificare il tempo massimo d'attesa delle prenotazioni in classe P per le prestazioni individuate dalle Linee di Gestione del SSR 2012 (visita cardiologica ed ecografia addominale).

Si è preventivamente dato seguito alla visualizzazione "allargata" in tutta l'Area Vasta Udinese delle agende di prenotazione per le due prestazioni individuate dalla procedura, attraverso la definizione di criteri uniformi per costruzione delle agende.

La procedura sul mancato rispetto dei tempi di attesa massimi garantiti per la visita cardiologica ed ecografia addominale è stata adottata con Delibera DG n° 108 del 13.04.2011 "L.R. n.7 del 26.03.2009 "Disposizioni in

materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell' ambito del servizio sanitario Regionale", art.12 "Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell' erogazione delle prestazioni": adozione della "procedura per mancato rispetto dei tempi d' attesa massimi garantiti in area vasta Udinese", ha validità per tutta l'Area Vasta Udinese e viene attivata dal personale degli sportelli CUP qualora non sia possibile garantire in alcuna sede dell'Area Vasta Udinese i tempi massimi d'attesa per le prestazioni di visita cardiologia ed ecografia addominale, prescritte con priorità B (10 gg) e P (120 gg).
I contenuti della procedura sono stati divulgati attraverso la pubblicazione sui siti aziendali, la distribuzione di materiale informativo presso le sedi di maggior afflusso delle strutture pubbliche e private, la diffusione ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dell'AVUD.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.6 Libera professione	
Obiettivo aziendale: Verifica del rapporto tra attività istituzionale e libera professione ed aggiornamento dei regolamenti aziendali della libera professione.	**Risultato atteso:** Presso le Aziende territoriali sono disponibili i regolamenti aggiornati riguardo la libera professione intramuraria Valore obiettivo 2011 del rapporto attività intramuraria / attività istituzionale non superiore al 2%

Attuazione al 31/12/2011
E' stata predisposto l'aggiornamento del regolamento per la libera professione intramuraria
Al 31.12.2011 il rapporto tra attività intramuraria e attività istituzionale si attesta al 1,8%

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.7 Criteri di priorità	
Obiettivo aziendale: Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità di Area Vasta.	**Risultato atteso:** Adeguamento delle agende di prenotazione per la chirurgia vascolare e la visita pneumologica. Definizione dei criteri di priorità per le nuove prestazioni individuate. Realizzazione dell'iniziativa di consensus per la definizione dei criteri di priorità per la chirurgia vertebro-midollare.

Attuazione al 31/12/2011
- Le agende di prenotazione per la chirurgia vascolare sono state adeguate, per quanto riguarda le visita pneumologiche, vista l'esigua attività in ASS3, è stato concordato in AV di non suddividerla sulla base delle priorità.
- Sono stati definiti i criteri di priorità per l'accesso alla prestazione di densitometria ossea (conferenza di consenso di Area Vasta del 22 giugno 2011). Sono stati inoltre definiti i criteri di priorità per la RMN della colonna per patologie osteoarticolari.

Il documento relativo ai criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare, proposto dalla struttura operativa di Chirurgia Vertebro-midollare dell'AOUD, è stato sottoposto in data 16 giugno 2011 all'approvazione da parte degli specialisti interessati (neurologi, ortopedici e fisiatri) e ai rappresentanti dei MMG/PLS, in occasione di una specifica conferenza di consenso di Area Vasta. Con delibera del DG n. 276 dd. 26/09/2011 "Criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare" i criteri di accesso sono stati formalmente adottati.
Con delibera del DG n. 277 dd. 26/09/2011 "Criteri di priorità per l'accesso alla densitometria ossea" sono stati adottati i criteri di accesso alla densitometria ossea, approvati nel corso di una specifica riunione di consenso di Area Vasta (22/06/2011), alla quale hanno preso parte gli specialisti interessati (oncologi, ginecologi, reumatologi, ortopedici e fisiatri) e ai rappresentanti dei MMG/PLS.
Nel corso del 2011 è stato nominato un gruppo di lavoro interprofessionale ed interaziendale che ha visto la

partecipazione di neurologi, ortopedici, diabetologi, fisiatri e MMG, con il compito di predisporre una prima stesura di criteri di priorità clinica per l'accesso all'elettromiografia. In seguito all'approvazione da parte degli specialisti interessati e rappresentanti dei MMG in una specifica riunione di consenso (09/11/11), i criteri di priorità per l'accesso all'elettromiografia semplice (EMG)"sono stati adottati con delibera del DG n. 395 del 19/12/11

Nel 2011 si è concluso il percorso relativo all'accesso alla RM della colonna vertebrale con la definizione dei criteri per le patologie osteoarticolari, che integrano quelli approvati precedentemente per la RM dell'encefalo, tronco encefalico e patologie endocanalari della colonna vertebrale. Gli specialisti interessati (neurologi, neurochirurghi, fisiatri, ortopedici, oncologi) e rappresentanti dei MMG, invitati alla conferenza di consenso di Area Vasta (18/10/2011), hanno discusso i criteri e proposto modifiche/integrazioni al documento. Con delibera del DG n. 430 del 29/12/11 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi d'attesa per l'Area Vasta Udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla Risonanza Magnetica dell'encefalo, del tronco encefalico e colonna vertebrale"sono stati formalmente approvati i criteri di accesso alla RM in oggetto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità regionali.	Progressivo adeguamento del sistema di prenotazione per le prestazioni prioritarizzate dal livello regionale.

Attuazione al 31/12/2011

L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Linea n. 3.4.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Mantenimento dell'offerta vaccinale infantile	Copertura vaccinale >= 90% per la 1^ dose MPR Copertura vaccinale >= 85% per la 2^ dose MPR Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi >= 95%

Attuazione al 31/12/2011

Copertura vaccinale per la 1^ dose MPR: 90.0%
Copertura vaccinale per la 2^ dose MPR: 86,2%
Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi: 95,7%
(Tabulati SISR - llva - san: 11.kp.014-02, 11.kp.028-05, 11.kp.014-A2)

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Prosecuzione dell'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV	Copertura vaccinale HPV 3^dose>=60% della coorte 1995

Attuazione al 31/12/2011

Copertura vaccinale per la 3° dose HPV: 73,4%. (Tabulato SISR - llva - san: 11.kp.057-01)

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Rilevazione attiva degli eventi avversi alla vaccinazione HPV.	Evidenza del report annuale sugli eventi avversi rilevati.

Attuazione al 31/12/2011

Il Dipartimento di Prevenzione ha redatto il report annuale, prot. 3008/783 dip, sugli eventi avversi rilevati tramite questionario.

Sono stati compilati 368 questionari pari al 91,5 % delle persone della coorte 1996 (totale 208 ragazze) e 2000 (totale 194 ragazze). Il 51,1 % non ha segnalato alcun tipo di reazione. Nessun effetto avverso grave o permanente è stato riscontrato.

Sono stati inoltre compilati 81 questionari della coorte 1999 e 91 questionari della coorte 1995 per un totale di

172 questionari. Il 40,1 % pari a 69 ragazze non ha segnalato alcun tipo di reazione. Nessun effetto avverso grave o permanente è stato riscontrato.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
proseguire con le attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.	- Applicazione del regolamento della seduta vaccinale regionale in tutte le sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione (Relazione sull'applicazione) - Partecipare al gruppo di lavoro sul progetto che verrà attivato a livello regionale al fine di migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio - Utilizzo routinario della check list anamnestica informatizzata pre-vaccinali nelle vaccinazioni infantili

Attuazione al 31/12/2011

- Il regolamento è applicato in tutte le sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione. Il Responsabile del Dipartimento ha prodotto una relazione, prot 2769/701 dip, sull'applicazione nei 7 centri vaccinali dell'Alto Friuli;
- L'ASS3 ha partecipato alle 2 riunioni del gruppo di lavoro regionale in data 14/3/2011 e 20/09/2011;
- L'utilizzo routinario della check list anamnestica è garantito. Sono state registrate n. 719 check list anamnestiche nel centro di Tolmezzo e n. 1.248 nel centro di Gemona.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.2 Prevenzione infortuni e malattie professionali

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Attivare, promuovere azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione anche condivisi con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	- Monitoraggio del 20% dei cantieri edili notificati compatibilmente con le risorse presenti in Azienda e rispetto alla definizione che verrà data a livello regionale sulle modalità operative dell'attività di monitoraggio - Realizzazione di sopraluoghi 72 cantieri edili - Partecipazione alla stesura di un piano di intervento congiunto interaziendale da proporre all'ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento (il coordinamento del progetto dovrà essere attribuito ad un'Azienda capofila dal livello Regionale)

Attuazione al 31/12/2011

1) sono stati effettuati 174 monitoraggi in 143 cantieri (22% dei 653 cantieri notificati al 31/12);
2) sono stati ispezionati 98 cantieri;
3) L'ASS3 ha partecipato alla stesura di linee guida regionali nell'ambito del Gruppo Regionale Edilizia, comprendente anche un funzionario dell'Ispettorato del Lavoro; il Gruppo ha redatto i documenti "Linee di Indirizzo vigilanza e monitoraggio", "Utilizzo impianti elettrici civili in piccoli cantieri", "Indicazioni per la redazione e l'utilizzo del fascicolo dell'opera; "Proposta di un Piano Operativo per la Sicurezza" che sono stati presentati all'Ufficio Operativo di Vigilanza e successivamente approvati.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
proseguire nell'inserimento infortuni gravi e mortali segnalati ai servizi sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a	Inserimento di tutti gli eventi occorsi rientranti della definizione di gravi accaduti tra 01/01/2011 e il 30.09.2011 e le cui indagini siano concluse entro il

riconoscere anche tramite la prescrizione o altra azione elementi di natura prevenzionistica	31/12/2011.
Attuazione al 31/12/2011 1) Al 30/09/11 non si sono verificati infortuni mortali; si è verificato 1 infortunio grave rientrante nella definizione nel periodo 01/01/11 - 30/09/11 che è stato inserito nel programma.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: proseguire nell'inserimento malattie professionali segnalati ai servizi sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a individuare elementi di concausa professionale.	**Risultato atteso:** Inserimento di almeno il 50% dei casi di malattia professionale repertati dopo il 1.1.2010 ed oggetto di indagine da parte dei servizi.
Attuazione al 31/12/2011 1) sono stati indagati dal 01/01/11 al 31/12/2011 n. 67 casi di malattia professionale pervenuti nel 2010 e 2011. Di questi n. 49 (73%) presentavano elementi di concausa professionale e sono stati tutti inseriti nel programma "MAPROWEB".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione nel comparto dell'agricoltura.	**Risultato atteso:** Monitoraggio di almeno 100 aziende agricole a livello regionale da distribuirsi con criteri uniformi a livello regionale compatibilmente con le risorse presenti in Azienda e rispetto alla definizione che verrà data a livello regionale sul significato di monitoraggio sulle modalità operative dell'attività da svolgere e sul numero di aziende da monitorare.
Attuazione al 31/12/2011 Il Gruppo Regionale agricoltura ha individuato per l'ASS 3 un totale di. 5 imprese da monitorare tramite l'invio di un questionario di autovalutazione sulla rispondenza dell'impresa ai requisiti di igiene e sicurezza del lavoro. In data 30/05 è stato promosso un incontro di Area Vasta con le imprese della provincia di UD e le loro organizzazioni datoriali, nel corso del quale è stato illustrato il questionario. Il questionario di autovalutazione è stato quindi inviato a 8 aziende agricole del nostro territorio, tutte hanno risposto. In data 20/12 si sono incontrate le organizzazioni datoriali del settore per la presentazione dei dati di ritorno.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.3 Prevenzione obesità	
Obiettivo aziendale: Mantenere la percentuale di bambini obesi al disotto del 4%	**Risultato atteso:** - Bozza aggiornata delle Linee Guida ristorazione collettiva. - Dati allattamento inseriti. - Interventi informativi e formativi sull'alimentazione nella prima infanzia.
Attuazione al 31/12/2011 La bozza delle linee guida sulla ristorazione collettiva è stata aggiornata. L'ASS ha partecipato con i propri professionisti a tutti i lavori di aggiornamento delle linee guida sulla ristorazione collettiva nelle date 1 febbraio a Palmanova, 9 e 15 febbraio a Udine, 1 marzo a Palmanova, 24 marzo a Udine, 29 marzo a Palmanova, 1 giugno a Udine, 14 giugno a Palmanova , 19 luglio a Palmanova, 11 agosto a Palmanova, 24 agosto a Udine, 23 settembre a Palmanova I dati sull'allattamento al seno sono regolarmente inseriti nel sistema informativo dedicato (evidenza desumibili dai report disponibili sul Portale SISSR) Nel secondo semestre le linee guida per la corretta ed equilibrata alimentazione nella prima infanzia sono state divulgate alle scuole del territorio ed è stato organizzato un incontro formativo, il 31 agosto, con la Direzione dell'Asilo Nido di Tolmezzo per la loro applicazione.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.4 Prevenzione incidenti stradali	
Obiettivo aziendale: Partecipare al progetto SicuraMENTE (previsto nel PRP 2010-2012) che prevede programmi ed interventi inseriti nei corriuculum scolastici, nel quadro di collaborazione strutturata tra Sanità, Scuola, Trasporti, FVG-Strade.	**Risultato atteso:** Adesione e realizzazione del progetto SicuraMENTE.
Attuazione al 31/12/2011 Nel corso del 2011 l'ASS3 ha aderito al programma partecipando ai seguenti incontri: 1) 2/09/2011: incontro presso Assessorato Salute TS (monitoraggio regionale stato avanzamento programma) 2) 6/10/2011: idem 3) 26/10/2011: incontro presso sede Regione Udine (monitoraggio regionale stato avanzamento programma) 4) 8/11/2011: Incontro presso Istituto Volta TS: organizzazione incontri nelle Scuole della regione (tornata autunnale) 5) 28/11/2011: Incontro presso Istituto Marchetti Gemona con il referente scolastico e rappresentanti di classe delle II e IV Superiori per organizzazione incontro assembleare di avvio del progetto 6) 15/12/2011: Incontro assembleare con le classi II e IV dell'Istituto Marchetti di Gemona per la presentazione e l'avvio del progetto-concorso SicuraMENTE. All'incontro assembleare hanno preso parte, come relatori, assieme all'ASS3 la Polstrada, l'Ufficio Scolastico Regionale e l'ACI. Oltre a diffondere la cultura della sicurezza stradale ai ragazzi delle scuole Superiori, la finalità degli incontri organizzativi e assembleari è stata quella di presentare il concorso a premi previsto dal progetto SicuraMENTE per un prodotto multimediale sulla sicurezza stradale rivolto a coetanei.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Prosecuzione delle azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute.	**Risultato atteso:** 1 workshop nel 2011 rivolto ai comuni dell'Alto Friuli"
Attuazione al 31/12/2011 Workshop organizzato nel 2011.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Il workshop è stato svolto il 30.01.2012 su esplicita indicazione della Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto 1 per difficoltà, dovute anche a Federsanità ANCI, nell'attuarlo nel mese di dicembre 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.5 Prevenzione incidenti domestici	
Obiettivo aziendale: - ridurre la mortalità ed i ricoveri da eventi traumatici (in particolare frattura di femore) nella popolazione anziana ospite di strutture o assistita a domicilio attraverso interventi in collaborazione con associazioni ed EELL; - ridurre i ricoveri per eventi traumatici da caduta ed i ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini 0-4 anni attraverso interventi integrati e multifattoriali	**Risultato atteso:** - 2 interventi formativi destinati ai care givers - evidenza di un opuscolo informativo sulla prevenzione degli eventi traumatici nei bambini da distribuire negli ambulatori dei PLS e negli ambulatori pediatrici degli ospedali
Attuazione al 31/12/2011 Sono stati realizzati cinque eventi formativi con le assistenti familiari nei comuni di: Comeglians il 24/01/2011, Ovaro il 12/05/2011, Ampezzo il 19/05/2011, Paluzza il 20 ottobre e a Pontebba il 1 dicembre 2011. E' stato attuato un incontro il 30 settembre con i PLS dell'ASS per caratterizzare il problema degli incidenti	

domestici sui bambini e quindi concordare contenuti e forma dell'opuscolo. In accordo con la Direzione Centrale Salute (DCSISSePS) la diffusione dell'opuscolo è stata posticipata al 2012.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.6 Programma guadagnare salute	
Obiettivo aziendale: **Lotta al tabagismo:** Promozione ed adesione alle iniziative nazionali di contrasto al tabagismo con l'implementazione di "Luoghi e contesti liberi dal fumo".	**Risultato atteso:** Evidenza della prosecuzione del progetto "Smoke Free Class Competition.
Attuazione al 31/12/2011 1. E' stato riproposto ed effettuato per l'anno 2010-2011, il progetto "Smoke Free Class Competition" attraverso il coinvolgimento delle scuole medie inferiori e superiori del territorio. Il progetto è già stato riproposto per l'anno scolastico 2011-2012. 2. L'offerta formativa alle scuole sulle implicazioni del tabagismo è sempre garantita. Sono stati effettuati tutti gli interventi richiesti di informazione sul fumo (due interventi, uno in primavera, rivolto alle 4 classi seconde del liceo Magrini di Gemona, uno in autunno, rivolto ad una classe terza della stessa scuola).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: **Lotta all'abuso di alcol:** promuovere la realizzazione di iniziative di contrasto all'assunzione di alcol nei diversi setting (Enti, Istituzioni, Scuole) con riferimento particolare ai lavoratori del settore trasporti, ai lavoratori del comparto edile.	**Risultato atteso:** invio di un depliant informativo rivolto ai lavoratori in almeno il 20% delle imprese edili e dei trasporti presenti nel territorio di competenza.
Attuazione al 31/12/2011 Le SOC PSAL e i Dipartimenti delle Dipendenze delle Aziende territoriali di Area vasta hanno realizzato un depliant informativo, rivolto ai lavoratori del settore dei trasporti e delle costruzioni, sulla tematica alcol-lavoro. Il depliant è stato presentato nel corso di una conferenza stampa tenutasi presso la sede di Confindustria Udine in data 09.11.2011.. In data 8/11 l'opuscolo è stato inviato a 83 imprese edili e 27 imprese di trasporto. (tot. 110 pari al 50 % delle imprese presenti sul territorio).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: **Attività motoria:** diffondere una "cultura del movimento" come stile di vita nella popolazione "fragile" o più sedentaria.	**Risultato atteso:** Entro il 30-9-2011 viene attuato almeno 1 nuovo percorso di Piedibus nell'Area Vasta.
Attuazione al 31/12/2011 Realizzato dall'ASS 4 un percorso di Piedibus in una scuola per l'infanzia del comune di Udine.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.7 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	
Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di audit e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari di svolgere i controlli ufficiali in modo coerente.	**Risultato atteso:** Raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011- Subordinato all'acquisizione di un tecnico della prevenzione (PAL 2011) e completamento della pianta organica del servizio Veterinario come previsto dal PAL 2010.
Attuazione al 31/12/2011	

Raggiunti tutti gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011. Eseguite 30 ispezioni di cui 20 per controlli ufficiali e 10 per categorizzazione del rischio.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Organizzazione di eventi formativi per il personale su problematiche applicative del c.d. "Pacchetto Igiene"	**Risultato atteso:** Sono effettuati 2 eventi formativi di Area Vasta.
Attuazione al 31/12/2011 L'ASS 3 ha organizzato un evento di Area vasta che si è svolto il 2 dicembre a Tolmezzo sul tema "Sicurezza alimentare, valorizzazione e sostenibilità dei prodotti tipici locali". Ha partecipato inoltre con i propri veterinari alla formazione sulla zoonosi animale organizzata dall'ASS5 "Bassa Friulana" il 07/07/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Razionalizzare ed uniformare le procedure operative del controllo ufficiale anche alla luce del Sistema informativo per i Servizi Veterinari e per i Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.S.A.Ve.R)	**Risultato atteso:** Utilizzo del sistema informativo SISAVER e successivi aggiornamenti.
Attuazione al 31/12/2011 I professionisti del SIAN hanno partecipato alla formazione regionale dedicata all'applicazione condivisa del programma informatico regionale SISAVER nelle date 4 marzo a Udine, 25 marzo a Palmanova, 8 aprile a Udine, 15 aprile a Gorizia, 13 maggio a Gorizia, 1 giugno a Gorizia, 10 giugno a Udine e 17 giugno a Udine. Prosegue l'utilizzo regolare del sistema informativo SISAVER per la registrazione dell'attività di vigilanza, categorizzazione del rischio e gestione degli adempimenti della L.194/08.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE	**Risultato atteso:** Evidenza dell'elaborazione di almeno un progetto secondo la metodologia PCM (Project Cycle Management), o metodologie analoghe, e dell'avvio delle fasi attuative.
Attuazione al 31/12/2011 E' stato redatto il progetto "Sicurezza Alimentare nelle Piccole Produzioni Locali – Prodotti Lattiero Caseari di Malga" secondo il metodo Project Cycle Management ed attuate le fasi nel rispetto della programmazione prevista L'ASS 3 ha inoltre partecipato con tre operatori del Servizio Veterinario alla formazione sull'applicazione del metodo PCM organizzata dalla DCSISSePS nelle date 28 e 29 Settembre 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.8 Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale: Partecipare attivamente al processo di rilevazione dell'informazione relativamente alle abitudini e gli stili di vita (Progetto PASSI).	**Risultato atteso:** Realizzazione dell'indagine nel numero di soggetti definito secondo le indicazioni CCM (275).
Attuazione al 31/12/2011 Risultano completate n. 275 interviste (report passidati.it del 25/1/2012)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Partecipare attivamente al processo alla realizzazione del progetto Okkio secondo le indicazioni fornite dal coordinamento regionale.	**Risultato atteso:** Realizzazione delle attività previste dal coordinamento regionale.

Attuazione al 31/12/2011 In data 19/05/2011 l'ASS ha partecipato con i suoi professionisti all'attività formativa promossa su base regionale. In data 24/05/2011 sono stati restituiti agli operatori aziendali gli esiti delle rilevazioni effettuate lo scorso anno. Nell'ultimo trimestre sono stati organizzati n. 7 incontri con le scuole del territorio aziendale e con funzionari in ambito regionale per la presentazione dei risultati dell'indagine svolta nel 2010. Inoltre è stato distribuito ai PLS ed ai pediatri ospedalieri dei poster pubblicitari inerenti il decalogo delle azioni/comportamenti da tenere in merito alla mobilità fisica ed alla alimentazione.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.9 Programmi di screening	
Obiettivo aziendale: Screening Cervice Uterina: Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale	**Risultato atteso:** Revisione del 95% della casistica assegnata
Attuazione al 31/12/2011 100 % dei casi assegnati sono stati oggetto di revisione (dato fornito dalla DCSISSePS)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Screening Cervice Uterina: Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio	**Risultato atteso:** 95% della popolazione prevista per il 2011 riceve un invito
Attuazione al 31/12/2011 100 % della popolazione prevista per il 2011 riceve un invito (dato fornito dalla DCSISSePS)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Screening mammella: registrare le prestazioni di secondo livello in G2 clinico con esito codificato	**Risultato atteso:** % di prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 clinico>= 95%
Attuazione al 31/12/2011 92,13 % di prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 clinico (dato fornito dalla DCSISSePS)	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Lo scostamento è determinato da una mancata congruenza di alcune refertazioni nelle quali a fronte di una prescrizione codificata di bilateralità (con ogni probabilità errata) l'esito diagnostico è stato codificato solo come unilaterale	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: <u>Screening mammella</u>: registrare la diagnosi dipartimentale nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello.	**Risultato atteso:** % donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) registrata nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello>=90%.
Attuazione al 31/12/2011 99,5 % donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) registrata nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello (dato fornito dalla DCSISSePS)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: <u>Screening mammella</u>: invito alla partecipazione della popolazione bersaglio.	**Risultato atteso:** 95% della popolazione prevista per il 2011 riceve un invito.

Attuazione al 31/12/2011 100 % della popolazione prevista per il 2011 riceve un invito (dato fornito dalla DCSISSePS)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: <u>Screening colon retto:</u> % adesione allo screening	**Risultato atteso:** 50% di adesione
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	
Obiettivo aziendale: <u>Screening colon retto:</u> registrazione nel G2 clinico di tutti i campi obbligatori previsti per le colonscopie di screening di 2° livello.	**Risultato atteso:** % di colonscopie di 2° livello registrate nel G2 con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati>=95%
Attuazione al 31/12/2011 100 % di colonscopie di 2° livello registrate nel G2 con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati (dato fornito dalla DCSISSePS).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: <u>Screening colon retto:</u> invito alla partecipazione della popolazione bersaglio	**Risultato atteso:** 95% della popolazione prevista per il 2011 riceve un invito
Attuazione al 31/12/2011 100 % della popolazione prevista per il 2011 riceve un invito (dato fornito dalla DCSISSePS).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Migliorare la comunicazione alla popolazione sul tema della prevenzione secondaria oncologica	**Risultato atteso:** Viene effettuato un programma di Area Vasta di comunicazione alla popolazione sul tema della prevenzione secondaria oncologica
Attuazione al 31/12/2011 Nell'ambito delle iniziative di area vasta, l'ASS 3 ha collaborato con LILT regionale nella diffusione di materiale informativo e nella programmazione di incontri con la popolazione e associazioni di volontariato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

L'Assistenza Sanitaria

Linea n. 3.4.3.1 Accreditamento	
Obiettivo aziendale: Completamento delle procedure di accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private ambulatoriali, di degenza e residenziali secondo il programma iniziato nel 2010.	**Risultato atteso:** - Individuazione di un referente entro il 31/01/2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. - Le Aziende, salva la disponibilità individuale, s'impegnano a mettere a disposizione i professionisti.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: lo stralcio, come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011", si riferisce al secondo risultato atteso in particolare al numero delle giornate stimate a causa del ritardo nell'approvazione della delibera DGR1436/2011.

Linea n. 3.4.3.2 Farmaceutica	
Obiettivo aziendale: Continuità nei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, acquisizione centralizzata, distribuzione diretta e monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici.	**Risultato atteso:** - Medicinali equivalenti: l'Azienda attiva strumenti di monitoraggio, di audit e feedback con i prescrittori e di incentivazione alla prescrizione dei medicinali equivalenti. Inoltre dovranno essere attivate opportune iniziative al fine di tendere al raggiungimento dei target prescrittivi individuati dall'AIFA e dal MEF (ai sensi del DL 78/2010). - Distribuzione diretta: a) fino all'eventuale stipula da parte delle aziende di accordi ai sensi dell'art.8, c.1 lettera a), l'Azienda dà la massima attuazione alla distribuzione diretta, attivando ogni utile strumento. Il residuo PHT sulla convenzionata, in valore, dovrà tendere ad essere azzerato. In ogni caso eventuali studi farmaco-economici o di fattibilità sulla distribuzione diretta/per conto, che le aziende ritengano di dover ulteriormente approfondire, non dovranno sospendere o rallentare le iniziative di sviluppo e di potenziamento della diretta. b) nel corso del 2011, l'Azienda porta a regime la distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. - Farmaci sottoposti a registro AIFA e farmaci oncologici: e) L'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con nota n.18104/SPS/farm del 11.10.2010. f) Oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali. - Evidenza della realizzazione dell'attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e di assistenza integrativa; - Assistenza integrativa: l'Azienda potenzia, in un'ottica di efficienza, la distribuzione diretta e/o stipuleranno accordi per l'erogazione di tali prodotti (es. accordi con grossisti, farmacie, MMG/PLS).

Attuazione al 31/12/2011

Medicinali equivalenti

Prosegue la predisposizione di strumenti informativi per i MMG relativamente alla prescrizione dei prodotti individuati dall'AIFA e di farmaci generici. Sono stati inviati ai MMG i dati contenuti nelle schede medico relativi al primo semestre 2011. Tali schede rappresentano l'attività prescrittiva dei farmaci generici e statistiche di confronto verso distretto, azienda e regione. In data 30 settembre in occasione della giornata di aggiornamento dei MMG, con la presenza del project manager dell'area vasta farmaceutica udinese, sono state discusse con i medici presenti tutte le problematiche relative ad una corretta prescrizione di farmaci. E' stato affrontato il problema dei generici nell'ambito del gruppo terapeutico di appartenenza, PHT, distribuzione diretta, evidenziando i percorsi che permettono di migliorare la qualità con contenimento della spesa. Il 19 dicembre 2011 è stato definito con farmacie e distribuzione intermedia, un accordo di Distribuzione Per Conto di Area Vasta Udinese, che permette di facilitare l'accesso dei cittadini alle terapie con i medicinali PHT, garantire la massima qualità e tempestività del processo distributivo garantendo ricadute economicamente vantaggiose per il Servizio sanitario regionale. Sono stati anche attuati degli incontri tra Resp. Farmacia Territoriale e singoli MMG al fine di valutare la prescrizione dei farmaci PHT e le modalità di accesso dei propri assistiti alla farmacia ospedaliera per il ritiro degli stessi; sono state commentate assieme al MMG le schede relative alle prescrizioni di farmaci generici e le problematiche connesse. E' stata inoltre inviata a tutti i MMG una scheda relativa alle caratteristiche del farmaco generico, alla bioequivalenza e suggerimenti per rendere meno problematica la gestione del generico stesso.

Distribuzione diretta:

A) Analisi distribuzione diretta farmaci A-PHT – farmacia ospedaliera con confronto anno 2010 - 2011:
   - delta DDD valore assoluto totali 42.181,3 (di cui 1C 27.581,4 e 2V 14.599,9);
   - delta DDD in percentuale totale 16 % (di cui 1C 24 % e 2V 10 %);
   - delta valore MINSAN totale € 74.519,15 (di cui 1C € 62.499,30 e 2V € 12.019,85)

B) Prosegue la distribuzione diretta nelle Case di Riposo e in RSA. Sono stati quindi effettuati dei sopralluoghi per verificare modalità di richiesta dei farmaci, loro somministrazione ed accesso alle farmacie esterne. Per la distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, l'ASS 3 ha predisposto il percorso tramite la stesura di una procedura organizzativa. Successivamente l'ASS ha stipulato con FederFarma l'accordo per la distribuzione per conto.

Farmaci sottoposti a registro AIFA

La registrazione sul portale AIFA dei farmaci oncologici è stata effettuata per il 100 % dei farmaci prescritti. Ove previsto, i rimborsi (risk – sharing, payment by result) sono stati puntualmente richiesti. Al 31/12/2011 il totale dei rimborsi pervenuti ammonta a € 7.011,01

Farmaci oncologici:

Il livello di compilazione delle cartelle oncologiche si attesta al 97,5% (dato fornito dalla DCSISSePS)

Evidenza della realizzazione dell'attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e di assistenza integrativa

Continua il monitoraggio delle prescrizioni con raccolta dei dati mensili, con la elaborazione della spesa pro-capite per popolazione pesata (spesa SSN + AFIR). Per l'AFIR viene monitorato il consumo di prodotti per diabetici che ha registrato una diminuzione della spesa dopo l'accordo con le farmacie stipulato a luglio; tali dati in maniera dettagliata vengono trasmessi puntualmente ai distretti. A fine anno la spesa AFIR procapite è risultata la più bassa in Regione

Assistenza integrativa:

L'applicazione dell'accordo a decorrere dal mese di luglio con le farmacie pubbliche relativamente al prezzo di rimborso dei prodotti per diabetici non ha evidenziato a tutt'oggi alcuna criticità. Continua la distribuzione diretta dei prodotti AFIR, e viene mantenuto uno standard pro capite molto elevato. In pratica all'esterno viene delegata la distribuzione di alimenti per celiaci, presidi per il controllo glicemico e saltuariamente qualche alimenti speciale. Per il primo semestre sono stati elaborati tutti i dati relativi all'AFIR e inviati ai distretti

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Motivazioni scostamento dal risultato atteso: "Il residuo PHT sulla convenzionata, in valore, dovrà tendere ad essere azzerato"

. Le principali cause ostative al raggiungimento della notevolissima riduzione richiesta sono di seguito precisate:

- in assenza di un accordo di Distribuzione Per Conto, non è possibile ridurre la spesa per farmaci PHT di percentuali così elevate, in un solo anno. Il raggiungimento di "residui minimi di PHT" richiede certamente più anni e può essere conseguito solo con assunzioni di personale e una profonda revisione dell'assetto della distribuzione diretta delle ASS. Un tanto perché i pazienti, che non possono recarsi a ritirare i medicinali presso le strutture aziendali, hanno necessità e libera facoltà di ritirarli nelle farmacie più prossime al loro domicilio (in ciò garantiti dall'art. 15, legge 475, 2 aprile 1968, il quale sancisce che "è riconosciuto ad ogni cittadino, anche se assistito in regime mutualistico, il diritto di libera scelta della farmacia"). Le farmacie convenzionate offrono ovviamente una capillarità territoriale e una continuità di orario nettamente superiore a quelle offerte dalle strutture pubbliche;
- il persistere del blocco delle assunzioni a tempo indeterminato dei farmacisti dirigenti, nelle more della riorganizzazione della farmaceutica territoriale e ospedaliera di Area Vasta, ha comportato e sta tuttora costituendo un elemento di criticità per l'organizzazione e la gestione delle attività farmaceutiche aziendali: ciò a causa del frequente avvicendarsi dei farmacisti dirigenti temporaneamente incaricati e della loro inesperienza nel ruolo attribuito. In tale contesto, dovendo garantire primariamente le attività di approvvigionamento interno, è molto difficile ampliare l'offerta distributiva ai pazienti esterni;
- dal mese di luglio 2011, tutte le ricette spedite dalle farmacie convenzionate non sono state più lette dall'INSIEL e non è stato possibile alimentare il sistema di Analisi Qualitativa della Prescrizione Farmaceutica (AQPF). La mancata lettura del secondo semestre 2011 ha impedito sia un'adeguata indagine epidemiologica sia, soprattutto, una capillare e regolare restituzione ai singoli medici di medicina generale della specifica reportistica volta ad informarli rispetto ai loro pazienti che continuano a ritirare medicinali PHT nelle farmacie convenzionate. La situazione ha costituito una pesantissima limitazione delle possibilità di intervento delle ASS rispetto all'anno precedente (nel 2010 la lettura e la disponibilità dei dati erano assolutamente regolari). Non si disponeva, e non si dispone attualmente, di un altro sistema di monitoraggio che sia affidabile e flessibile quanto AQPF. L'unica alternativa, il Sistema Ministeriale per il Monitoraggio della Spesa Sanitaria (SISTEMA TS), non aveva, e non ha, una qualità della base dati comparabile con quella del sistema AQPF e non era, e non è, tuttora interrogabile con modalità libere. Fornisce esclusivamente report predefiniti di carattere generale (non dedicati al recupero dei medicinali PHT o alla promozione dell'uso dei farmaci non più coperti da brevetto).

Quanto sopra esposto è stato più volte segnalato come più volte si è chiesto lo stralcio dell'obiettivo. Si rimanda in particolare alla nota 80163/A della ASS4 siglata, il 21 ottobre 2011, dal Direttore Generale in qualità di coordinatore dell'Area Vasta Udinese.

Linea n. 3.4.3.3 Sicurezza e governo clinico	
Obiettivo aziendale: Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza.	**Risultato atteso:** Trasmissione alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati.
Attuazione al 31/12/2011 Con nota prot. n. 6527/SPS/ASAN del 25.03.2011 la DCSISSePS ha posticipato la scadenza del 30 marzo al 15 aprile 2011. Con nota prot. n. 13585 del 15.04.2011 l'ASS3 ha trasmesso il documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente sulla base delle schede inviate via e-mail dalla DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Trasmissione alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.
Attuazione al 31/12/2011 Con nota prot. n. 37959/DMO 2775 del 30/11/2011 l'Azienda ha trasmesso il documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2011 sul tema della sicurezza del paziente e governo clinico sulla base delle indicazioni fornite dai referenti della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza.	Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza, secondo le modalità che saranno emanate dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
Attuazione al 31/12/2011 L'ASS 3 ha partecipato attivamente nel corso dell'anno alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza. Con nota prot. GEN 34509/DMO 2592 il Dirigente Medico dei Presidi Ospedalieri ha comunicato alla Direzione Generale che l'indagine si è conclusa in data 25/10/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.4 Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Avvio dell'utilizzo della procedura informatizzata.	Evidenza dell' utilizzo della procedura informatizzata subordinatamente alla realizzazione dell'allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e autorizzazione.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Assicurare la prosecuzione dell'attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri nel 2010 con obiettivo di rendere efficace e uniforme l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa, garantire la qualità degli interventi in tutte le fasi delle prestazioni.	- Partecipazione del referente aziendale al 100% delle attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri promossa dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali. - Entro il 31-1-2011 è costituito un gruppo di lavoro di Area Vasta - Sono individuati dei percorsi prescrittivi
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.5 Cure palliative

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Adempiere all'art 7 legge n°38/2010 secondo il quale è obbligatorio riportare in cartella infermieristica, medica, anche integrata laddove presente in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (ospedali, RSA, Hospice)le caratteristiche del dolore, l'evoluzione e la terapia. I dati sopra riportati devono essere implementati anche nelle cartelle di assistenza domiciliare.	- Strutture ospedaliere, Hospice, RSA: 1) Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi. 2) Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno (>) nel 95% dei casi. 3) Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. - Assistenza domiciliare: 4) Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 50% dei casi.

Attuazione al 31/12/2011

Strutture ospedaliere:

I risultati relativi ad un campione di cartelle evidenziano

1) Presenza in cartella della valutazione del dolore nel 90 % dei casi.

2) Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) nel 72% dei casi.

3) Rivalutazione nel 70% dei casi.

Hospice, RSA:

Gli esiti delle indagini di prevalenza condotte dal personale distrettuale sono:

1) il 100 % dei pz all'ingresso in struttura sono sottoposti alla rilevazione del dolore

2) e 3) il percorso di rilevazione, aggiustamento terapeutico e rivalutazione è attivo in entrambi i Distretti; in presenza di dolore la percentuale riscontrata è stata del 95 %

Assistenza domiciliare:

In atto le azioni finalizzate a rafforzare la rilevazione. Nel Distretto 1 la verifica su un campione di cartelle ha rilevato che il 98,6 % delle persone prese in carico ha una rilevazione del dolore mentre nel Distretto 2 la verifica casuale delle cartelle ha dato come esito il 100 %.

Sono stati inoltre effettuati quattro audit in collaborazione con la SOC di Oncologia finalizzati al miglioramento della qualità delle cure palliative.

Motivazioni allo scostamento

Il dato riferito alla rilevazione nei presidi ospedalieri si discosta in quanto, a fronte di una rilevazione puntuale del dolore, permangono tuttora delle difficoltà nella registrazione del dato in cartella.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore.	E' effettuato un evento formativo integrato di Area Vasta sulla terapia antalgica e cure palliative

Attuazione al 31/12/2011

E' proseguita l'attività formativa con la realizzazione di 3 edizioni del corso residenziale aperto ad Area vasta "La gestione del dolore tra Ospedale e Territorio", che ha visto la partecipazione di 100 operatori

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	Rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.

Attuazione al 31/12/2011

Non sono pervenute indicazioni da parte della Regione.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.6 Rete oncologica	
Obiettivo aziendale: Produzione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche.	**Risultato atteso:** Partecipazione al 100% delle attività promosse dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
Attuazione al 31/12/2011 L'ASS ha partecipato con il Responsabile dell'Oncologia e la psicologa afferente al servizio a tutte le riunioni convocate. Le riunioni di consultazione con gli esperti sono concluse.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7 Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute.	**Risultato atteso:** Registrazione del numero di decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione 100% condizionatamente all'attivazione del programma informativo del CRT.
Attuazione al 31/12/2011 A fine anno il programma informativo del CRT non era ancora disponibile.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	
Obiettivo aziendale: Incremento nel Procurement di tessuti.	**Risultato atteso:** 90% dei pazienti che vengono sottoposti ad intervento di artroprotesi di anca vengono valutati sulla possibilità di prelevare il tessuto".
Attuazione al 31/12/2011 Sono stati valutati il 100 % dei pazienti (86 erano eligibili, di questi :34 sono risultati non idonei e 52 idonei e per i quali si è proceduto alla donazione del tessuto).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Sicurezza del processo donazione-trapianto.	**Risultato atteso:** Attivazione del percorso di monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting con la nuova modulistica regionale.
Attuazione al 31/12/2011 Non è pervenuta alcuna nuova modulistica regionale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Prelievo cornee.	**Risultato atteso:** Entro il 31/12/2011 il personale individuato per la funzione ha effettuato la formazione propedeutica all'attivazione dell'attività di prelievo delle cornee, con la collaborazione del CRT.
Attuazione al 31/12/2011 Il personale coinvolto è stato individuato ed ha partecipato il giorno 19 dicembre a Tolmezzo al corso di formazione che ha visto la partecipazione di 16 professionisti di cui 15 con obbligo ECM (prova finale superata al 100 %).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.8 Piano sangue regionale	
Obiettivo aziendale: Assicurare la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale.	**Risultato atteso:** - 90% di completezza della compilazione del modulo di richiesta di assegnazione della sacca; - 80% di appropriatezza clinica della richiesta di assegnazione della sacca.
Attuazione al 31/12/2011 I dati riferiti all'anno 2011 in ASS n. 3 sono: - completezza del modulo di richiesta: 90% - appropriatezza clinica della richiesta: 97 %	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

3.1.1 Integrazione socio-sanitaria

Linea n. 3.4.4.1 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
Obiettivo aziendale: analizzare per area vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale	**Risultato atteso:** - Trasmissione entro il 30/06/2011 alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali di un documento di analisi e di proposte sostenibili, condiviso in ambito di Area Vasta - Trasmissione entro il 30/12/2011 dello stato di avanzamento della realizzazione delle soluzioni proposte.
Attuazione al 31/12/2011 E' stato elaborato il "Documento di analisi e proposte sostenibili condiviso nell'Area vasta udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico-degenerative" (trasmesso con nota prot. 0052233/A dd. 30/06/2011 dall'ASS 4), comprendente anche la definizione dei parametri e del flusso di rilevazione del livello di umanizzazione. Con successiva nota prot 0097771/A del 31/12/2011 è stato trasmesso dall'ASS 4 lo stato di avanzamento e realizzazione delle soluzioni proposte rispetto alla progettualità dell'AV Udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico degenerative.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco e demenza), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.	**Risultato atteso:** - Evidenza dell'attività di monitoraggio da parte dell'equipe multi professionali del distretto sulle malattie cronico degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco) - Definizione e realizzazione di uno studio di fattibilità dei percorsi assistenziali previsti per le persone con demenza, funzionali alla diagnosi, alla assistenza nel proprio territorio e al supporto della famiglia con lo scopo di favorire la permanenza dei pazienti al proprio domicilio.
Attuazione al 31/12/2011 - Nei due Distretti continua la presa in carico, e quindi il monitoraggio clinico, dei pz dimessi dalla medicina con diagnosi di scompenso, dei pz con BPCO in ossigenoterapia e dei diabetici. Nel corso del 2011 sono stati realizzati 2 audit cardiologici nelle date 22/8 e 20/9 e sono in carico rispettivamente: 350 utenti con	

scompenso, 117 utenti con BPCO in ossigeno terapia, 450 pazienti con diabete.

- I due Distretti hanno redatto ciascuno uno studio di fattibilità dei percorsi assistenziali previsti per le persone con demenza, funzionali alla diagnosi, alla assistenza nel proprio territorio e al supporto della famiglia con lo scopo di favorire la permanenza dei pazienti al proprio domicilio. Lo studio, partendo da un'analisi di dati di pazienti residenti nel territorio dell'ASS, dati estratti da diverse fonti (ricoveri, invalidi, RSA, ecc.), tiene conto nell'elaborazione delle proposte del contesto organizzativo, delle risorse attivabili e degli obiettivi assistenziali perseguibili.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
sviluppare l'integrazione sanitaria e socio sanitaria nell'ambito della non autosufficienza nel territorio con la valorizzazione dell'interazione tra MMG, distretti, servizi sociali e risorse delle comunità locali.	Evidenza di azioni finalizzate al recupero del funzionamento e della partecipazione/ inclusione sociale con lo sviluppo di interventi multidisciplinari (progetti personalizzati).

Attuazione al 31/12/2011
Complessivamente in ambito aziendale sono stati elaborati 20 progetti personalizzati con interventi multidisciplinari nell'ambito della non autosufficienza di persone anziane o disabili e dei minori con disabilità o altre problematiche complesse.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2 Riabilitazione

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Definizione dell'organizzazione e le attività delle Unità Operative di Medicina Fisica e Riabilitazione per la riabilitazione intensiva/estensiva a livello Aziende.	Studio di fattibilità per l'attivazione di posti letto dipartimentali dedicati alla riabilitazione estensiva.

Attuazione al 31/12/2011
Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali delle necessarie e preliminari indicazioni di cui si parla nel risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO STRALCIATO
NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione dei Dipartimenti di Riabilitazione in ogni Area Vasta per garantire il governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio.	Trasmissione entro il 30/09/11 alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali della documentazione riguardante la strutturazione dei Dipartimenti di Riabilitazione di Area Vasta sulla base delle indicazioni della Direzione stessa.

Attuazione al 31/12/2011
Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni di cui si parla nel risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO STRALCIATO
NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
La definizione e l'organizzazione delle attività di HUB e Spoke per l'alta specialità riabilitativa tra l'IMFR di Udine e i Dipartimenti di Riabilitazione di Area vasta.	Trasmissione alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali della documentazione riguardante l'organizzazione delle

	attività di HUB e Spoke per l'alta specialità riabilitativa sulla base delle indicazioni della Direzione stessa.
Attuazione al 31/12/2011 Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni di cui si parla nel risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	
Obiettivo aziendale: La presenza in ogni Area Vasta dell'offerta riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.	**Risultato atteso:** Sono trasmessi alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali i report di analisi quadrimestrale sul numero di pazienti e di prestazioni erogate nell'ambito dell'attività riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica).
Attuazione al 31/12/2011 Trasmesso in data 03/08/2011 con prot 26077/DMO 1980 il report sulla riabilitazione cardiologica relativa al primo quadrimestre. Trasmesso in data 11/10/2011 con prot. 32804/DMO 2487 il report sulla riabilitazione cardiologica relativa al secondo quadrimestre. Trasmesso in data 27/02/2012 con prot. 6375/DMO 339 il report sulla riabilitazione cardiologica relativa al terzo quadrimestre. L'offerta pneumologica è rappresentata dalle altre Aziende di Area Vasta.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.3 Dipendenze	
Obiettivo aziendale: Predisporre gli atti propedeutici per l'istituzione di dipartimenti delle dipendenze di area vasta.	**Risultato atteso:** Trasmissione, entro il 30-09-2011, alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali del documento di area vasta che definisce le soluzioni tecnico organizzative del dipartimento delle dipendenze subordinatamente a specifiche indicazioni della Direzione stessa.
Attuazione al 31/12/2011 Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni di cui si parla nel risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	
Obiettivo aziendale: Garantire la collaborazione e il supporto al costituendo "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".	**Risultato atteso:** Collaborazione e supporto al 100% delle iniziative del "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".
Attuazione al 31/12/2011 L'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze è stato formalmente costituito a fine 2011. Il Dipartimento Aziendale ha collaborato e supportato tramite la partecipazione a tutte le riunioni regionali dei Dipartimenti delle Dipendenze dove la costituzione dell'Osservatorio era uno dei temi sul tavolo, e successivamente ai primi due incontri svolti ufficialmente per il progetto NIOD, entrambi a Palmanova, presso l'Area Welfare, il 14	

ottobre e il 14 dicembre 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Adottare quando disponibile lo strumento nazionale di informatizzazione dei servizi delle dipendenze finalizzato alla produzione e alla trasmissione di dati omogenei e affidabili.	Trasmissione alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, di dati previsti dal sistema informativo

Attuazione al 31/12/2011
Lo strumento di informatizzazione dei servizi è stato adottato a livello regionale a fine anno e trasmesso ai SerT solo a gennaio 2012. Sino al 31/12/11 la collaborazione è quindi consistita nella partecipazione a tutte le riunioni regionali dei Dipartimenti delle Dipendenze, dove la scelta del nuovo strumento di informatizzazione era uno dei temi sul tavolo, e nella puntuale provvisoria raccolta dei dati di attività 2011 su formato excel, dati che verranno a breve travasati nel nuovo sistema informativo rispondendo così al debito previsto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO STRALCIATO
Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.4 Salute mentale

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Definire e sperimentare modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale.	Evidenzia dell'opuscolo informativo redatto in collaborazione con i Distretti, evidenza dell'avvenuto invio, tramite e- mail a tutti soggetti interessati, di un opuscolo informativo sull'offerta del servizio, gli orari di accessibilità, orario di presenza degli specialisti psichiatri.

Attuazione al 31/12/2011
L'opuscolo informativo indicante l'offerta del servizio, gli orari di accessibilità, l'orario di presenza dei medici psichiatri è stato condiviso con i due Distretti e successivamente diffuso ai MMG, PLS e ai Medici di continuità assistenziale con lettera di accompagnamento del Direttore Generale prot. 40170 del 20/12/2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Individuare e sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/ recovery).	Realizzazione di almeno 7 audit clinici con MMG e Personale medico e infermieristico del Dipartimento Salute Mentale e personale Distrettuale.

Attuazione al 31/12/2011
Sono stati realizzati i 7 audit clinici previsti con la partecipazione del personale indicato. La metodologia degli audit è stata concordata con il rappresentante degli MMG del territorio. Gli audit si sono tenuti nelle ore serali per facilitare la partecipazione del medici nelle seguenti date: a Tolmezzo il 26/06/11, a Ovaro 09/06/11; Paluzza 16/06/11; ad Ampezzo il 23/06/11, a Pontebba il 20/10/11, a Gemona il 27/10/11, a Gemona il 01/12/11.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Programmare e avviare percorsi formativi condivisi con la medicina generale su una specifica area critica (es. depressione risposte farmacologiche e non).	Sono attivati 2 eventi formativi condivisi tra le Aziende sanitarie dell'Area Vasta udinese.

Attuazione al 31/12/2011 In Area Vasta è proseguita la collaborazione DSM/CEFORMED finalizzata all'accoglienza dei MMG in formazione presso i vari CSM e alla partecipazione alle iniziative formative e incontri tra i vari professionisti. Non è stato possibile avviare ulteriori livelli di collaborazione per le note difficoltà organizzative del CEFORMED. Anche a livello locale la collaborazione attivata con la rappresentante del CEFORMED finalizzata alla definizione di percorsi formativi è stata interrotta in corso d'anno.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	
Obiettivo aziendale: Consolidare la rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello)	**Risultato atteso:** Evidenza della partecipazione al gruppo regionale per il monitoraggio e costruzione di una rete di risposta ai disturbi del comportamento alimentare.
Attuazione al 31/12/2011 Il responsabile del CSM 24 ore di Tolmezzo ha partecipato regolarmente agli incontri del gruppo regionale sui disturbi del comportamento alimentare; le date sono state le seguenti: 23/03, 20/04; 18/05; 15/06, 21/09, 19/10, 16/11, 14/12.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Predisporre un piano di completamento della rete dei CSM 24h.	**Risultato atteso:** Attivazione del CSM 24h a Tolmezzo entro il 30/06/2011.
Attuazione al 31/12/2011 Con atto Deliberativo n. 188 dd. 28/06/2011 avente per oggetto "Attivazione sulle 24 ore del CSM di Tolmezzo" il servizio in questione ha ampliato, con le modalità indicate nell'atto deliberativo stesso, la propria accessibilità passando dalle 12 alle 24 ore.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.5 Materno infantile	
Obiettivo aziendale: Stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	**Risultato atteso:** Partecipazione al 100% delle attività avviate dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali sulla stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.
Attuazione al 31/12/2011 L'ASS3 ha assicurato nel corso dell'anno la sua collaborazione alla stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	**Risultato atteso:** Partecipazione al programma regionale di screening uditivo neonatale.
Attuazione al 31/12/2011 Già attivo in ASS3 lo screening uditivo neonatale presso la SOC di Pediatria.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Individuazione di percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica, atti a garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure nella fase di transizione tra l'età evolutiva e quella adulta.	Definizione di un percorso per la presa in carico del bambino con malattie croniche/congenite/disabilità nel passaggio tra età evolutiva ed età adulta entro il 31/12/2011.
Attuazione al 31/12/2011 In collaborazione con il Servizio Sociale dei Comuni è stato redatto un documento che definisce nel dettaglio il processo di presa in carico integrata del bambino con malattie croniche/congenite/disabilità nel passaggio tra età evolutiva ed età adulta.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.6 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	
Obiettivo aziendale: 1) partecipare all'attuazione del processo di ri-autorizzazione secondo le modalità che verranno definite con l'integrazione del DPReg. N. 0333/Pres. del 2008 (Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonché delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, adattamento, trasformazione o trasferimento delle strutture residenziali per anziani e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle relative attività).	**Risultato atteso:** Identificazione e formalizzazione di un referente aziendale per tutte le attività legate al programma di Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti;
Attuazione al 31/12/2011 Con nota prot. 18311 del 27.05.2011 è stato comunicato alla DCSISSePS il nominativo del referente aziendale per tutte le attività legate al programma di Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: 2) partecipare alla definizione di un sistema regionale e aziendale di monitoraggio e promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani, in particolare: a) partecipare alla selezione e identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità; b) aderire agli interventi formativi relativamente all'utilizzo degli indicatori selezionati; c) aderire agli interventi formativi per la realizzazione di percorsi di audit; d) verificare la tenuta degli indicatori selezionati ed impostare un'ipotesi di percorso per il miglioramento della qualità nelle strutture.	**Risultato atteso:** - tutti gli operatori che operano nelle strutture residenziali per anziani sono formati all'utilizzo degli strumenti di valutazione di qualità definiti; - n.5 operatori formati alla realizzazione di percorsi di audit; - n. 2 percorsi sperimentali di audit attivati per ogni strutture residenziali per anziani non autosufficienti presenti sul territorio aziendale; - in almeno una struttura residenziale per anziani non autosufficienti del territorio di ognuno dei due distretti viene impostato un percorso di miglioramento della qualità.
Attuazione al 31/12/2011 - Il personale che opera nelle strutture residenziali per anziani è stato formato all'utilizzo degli strumenti di valutazione di qualità definiti; - Sei operatori distrettuali (tre per ogni distretto) hanno partecipato alla formazione dell'Area Welfare dedicata alla realizzazione di percorsi di audit - Sono stati attivati dei percorsi sperimentali di audit in entrambi i Distretti: 2 audit in ogni struttura per non	

autosufficienti del Distretto di Tolmezzo e 3 audit in ogni struttura per non autosufficienti del Distretto di Gemona.
- Il percorso sperimentale di audit è stato utilizzato per impostare un percorso di miglioramento della qualità nella struttura residenziale di Tolmezzo, in collaborazione con la Direzione della Struttura, che ha riguardato prioritariamente l'area dell'albergaggio.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
3) monitorare e verificare il sistematico utilizzo dello strumento di VMD Val.Graf –FVG e dei sistema informatizzati e-GENeSys e SIRA-FVG nelle strutture residenziali per anziani convenzionate del proprio territorio.	- 100% delle valutazioni Val.Graf. aggiornate per ciascun ospite, presente nelle strutture residenziali per anziani convenzionate, nel semestre; - report trimestrali relativi al rendiconto del contributo per l'abbattimento retta prodotti con SIRA-FVG per ciascuna struttura convenzionata del territorio aziendale, se diversi da quanto ottenibile da quelli predefiniti dal sistema informativo.

Attuazione al 31/12/2011
Sebbene le valutazioni con relativo inserimento dei dati nel sistema Genesys proseguano, le rilevazioni effettuate nel corso del 2011 dal personale distrettuale all'interno delle strutture ha evidenziato percentuali attestate a livelli inferiori rispetto al 100 % previsto.
I report trimestrali sono regolarmente trasmessi alla DCSISSePS.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso
Il non raggiungimento del 100 % delle valutazioni è stato determinato prioritariamente dal cambio del personale infermieristico (precedentemente dipendente aziendale) derivante dall'esternalizzazione dell'assistenza.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Le Aziende per i servizi sanitari proseguiranno nell'impegno di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con malattie croniche e con disabilità utilizzando metodologie e strumenti basati su ICF ed opereranno attraverso operatori opportunamente formati	Vengono valutati, utilizzando la "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" e l'applicativo predisposto ad hoc dalla Regione, con la finalità di definire o aggiornare il progetto personalizzato di intervento un numero di casi tra 20 e 30 in totale, comprendenti sia casi già inseriti in strutture residenziali e/o semiresidenziali per persone con disabilità, sia casi per cui viene autorizzato il primo ingresso nel segmento di offerta residenziale e/o semiresidenziale per persone con disabilità sia casi in età evolutiva e di età superiore ai 65 anni in carico ai Distretti ad eventuale completamento della casistica totale. Vengono inoltre valutati un numero totale di 10 casi in carico al DSM dell'ASS3, in modo tale che ognuno dei 2 centri di salute mentale valuti 5 casi ciascuno. Per tutti i casi è presente il consenso al trattamento dei dati personali.

Attuazione al 31/12/2011
DISTRETTI
Sono stati identificati i 20 casi (dieci per Distretto) cui applicare la valutazione basata sull'ICF. Per tutti e 20 casi è stato acquisito il consenso al trattamento dei dati e le valutazione sono state inserite nella cartella informatizzata biopsicosociale.

DSM Ultimata la formazione, sono stati individuati i complessivi 10 casi (5 per ciascun CSM), richiesto ed ottenuto il consenso al trattamento dei dati ed inserite nella cartella informatizzata biopsicosociale le valutazioni effettuate.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2 Sistema informativo

Linea n. 3.4.5.1 Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: Avvio della prescrizione elettronica.	**Risultato atteso:** Avvio della prescrizione elettronica in almeno il 15% delle SOC/SOS dipartimentali ospedaliere entro il 31/12/2011.
Attuazione al 31/12/2011 Entro l'anno sono state attivate le stazioni di lavoro nelle SOC/SOC di 4 Dipartimenti ospedalieri su 5 (Dip. Medico, Chirurgico, Materno Infantile, Emergenza.)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.2 Firma digitale	
Obiettivo aziendale: Avvio della firma digitale delle lettere di dimissione.	**Risultato atteso:** Avvio della firma digitale delle lettere di dimissione in almeno il 30% delle SOC ospedaliere con Degenza entro il 31/12/2011 e subordinatamente ad formale certificazione da parte di INSIEL riguardo alla sicurezza e messa a norma di tutto il percorso di firma, trasmissione, conservazione, recupero e visualizzazione dei referti e delle lettere di dimissione.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.3 Privacy	
Obiettivo aziendale: - Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario. - Semplificare e uniformare la gestione degli utilizzatori dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell'accesso alle informazioni.	**Risultato atteso:** - Disponibilità alla sperimentazione del consenso a fronte della sicurezza del sistema di accesso certificata da INSIEL e semplicità del sistema stesso certificata dal Sistema Informativo e dalla Direzione Sanitaria dell'ASS3 - Disponibilità alla sperimentazione del nuovo applicativo per la gestione unitaria di tutti gli utilizzatori dei sistemi sanitari integrata con la gestione giuridica del personale, secondo le indicazioni e la pianificazione regionale.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.10 : PACS	
Obiettivo aziendale: Diffondere il PACS.	**Risultato atteso:** a) Provvedere alla realizzazione delle precondizioni Logistico /infrastrutturali ed impiantistiche b) In coerenza con il cronoprogramma del progetto regionale e per quanto di competenza, garantire ogni collaborazione al gruppo di progetto DSC e ogni supporto necessario nella fase di installazione del sistema PACS aziendale e favorire le fasi di avvio e di messa a regime del sistema stesso.
Attuazione al 31/12/2011 Sono state create le condizioni logistico/infrastrutturali ed impiantistiche sia per le installazioni dei servers che delle workstations del sistema PACS. E' stata garantita ogni collaborazione richiesta dal gruppo di progetto DSC e tutti i supporti necessari a favorire le fasi di avvio e messa a regime del sistema.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.13 Medicina convenzionata	
Obiettivo aziendale: Applicazione del DPCM 26-03-2008 (certificati di malattia e trasmissione prescrizioni) e diffusione delle esenzioni da reddito.	**Risultato atteso:** A livello ospedaliero tutti i certificati di malattia INPS vengono trasmessi secondo le indicazioni tramite portale o call center secondo le indicazioni e i tempi che dovranno pervenire dalla Regione.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.14 Sistemi informativi territoriali per la disabilità	
Obiettivo aziendale: Proseguire l'attività di rinnovamento dei sistemi per la disabilità e le malattie croniche.	**Risultato atteso**: Sperimentazione secondo pianificazione regionale.
Attuazione al 31/12/2011 Non è pervenuta alcuna indicazione regionale	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.15 Sistema del Sociale	
Obiettivo aziendale: Partire dalla attuale cartella sociale per arrivare al "Sistema del Sociale".	**Risultato atteso:** Avvio secondo pianificazione regionale.
Attuazione al 31/12/2011 L'ASS 3 ha partecipato attivamente ai gruppi di lavoro attivati secondo pianificazione regionale contribuendo a definire una prima bozza della nuova documentazione del Sistema Sociale.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.5.17 Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale: Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso:** Implementazione del nuovo sistema "giuridico del personale" secondo pianificazione regionale.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

3.1.3 I progetti di interesse aziendale

Attivazione di ulteriori 3 posti letto in Area di Emergenza presso l'ospedale di Tolmezzo	
Obiettivo aziendale: Attivazione di 3 nuovi posti letto presso l'Area di Emergenza di Tolmezzo.	**Risultato atteso:** Presenza di un totale di 10 posti letto nell'Area di Emergenza di Tolmezzo entro il 31/12/2011 compatibilmente con la disponibilità di risorse.
Attuazione al 31/12/2011 Lo sviluppo del numero di posti letto è stato posticipato al 2012.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Mancata autorizzazione all'acquisizione di ulteriore personale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Accreditamento degli ospedali di Tolmezzo e Gemona secondo gli standard Joint Commission	
Obiettivo aziendale: Inserire una figura di supporto per il processo di accreditamento Joint Commission in ogni piano dell'ospedale Tolmezzo e Gemona.	**Risultato atteso:** Presenza di una figura di supporto per il processo di accreditamento Joint Commission in ogni piano dei due ospedali.
Attuazione al 31/12/2011 Non è stata individuata la figura di supporto per ciascun piano. Le attività legate all'accreditamento sono comunque proseguite con il supporto centralizzato a tutto il processo.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Istituzione centro unico di diluizione antiblastici a livello Aziendale	
Obiettivo aziendale: Istituzione centro unico di diluizione antiblastici.	**Risultato atteso:** Valutazione della fase sperimentale iniziata alla fine del 2010 e consolidamento delle modalità operative ed organizzative.
Attuazione al 31/12/2011 È stata realizzata una prima valutazione in corso d'anno 2011 della fase sperimentale iniziata alla fine del 2010. L'attività del centro unico prosegue regolarmente. Con agosto è stata assegnata un'unità infermieristica ed a decorrere dal 14 novembre la diluizione dei farmaci antiblastici e anche la somministrazione vengono eseguite esclusivamente nella sede di Tolmezzo.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Intervento straordinario di offerta di vaccinazione gratuita contro TBE	
Obiettivo aziendale: Offerta straordinaria di vaccinazione gratuita contro la TBE agli ultra 65 enni e ai minori di 16 anni residenti in ASS3, previa autorizzazione della DCSISSePS.	**Risultato atteso:** Dal 20.01.2011 al 01.03.2011 è attiva l'offerta straordinaria di vaccinazione gratuita contro la TBE agli ultra 65 enni e ai minori di 16 anni residenti dell'ASS3, previa autorizzazione della DCSISSePS.
Attuazione al 31/12/2011 La Direzione Centrale non ha fornito l'autorizzazione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamenti e logistica.	**Risultato atteso:** L'Azienda si coordina con il DSC per l'avvio delle azioni propedeutiche all'ingresso nel magazzino centrale in fase successiva all'avvio delle Aziende ASS n. 4 e AOU Udine.
Attuazione al 31/12/2011 A tutt'oggi l'ASS è in costante collegamento con il DSC per il progetto del magazzino unico. Ha partecipato agli incontri promossi dal DSC. Il riallineamento dell'ingresso dell'ASS4 e dell'AOUD ha differito al 2012 quello dell'ASS 3.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n 4.2 – Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici.	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31/12/2011 I progetti edili impiantistici vengono corredati dalle relazioni richieste. A tutt'oggi sono stati redatti: - un progetto edile - impiantistico "Lavori di straordinaria manutenzione presso la "Morgue" del P.O. di Tolmezzo" munito di relazione sanitaria gestionale redatta in conformità alle linee guida regionali nonché parere del NVESS (primo semestre) - una relazione sanitaria sul progetto definitivo dei Lavori di "Adeguamento in materia di sicurezza antisismica, di prevenzione incendi, gas medicali, impiantistica elettrica, meccanica e contenimento consumi energetici del P.O. di Gemona". Parere favorevole n. 1422-p.1697 dd. 15.09.2011 da parte del NVESS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA
ASS 3 "ALTO FRIULI"

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2006		Piano 2007		Piano 2008		Piano 2009	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	2.876,0	%	562,0	%	695,0	%	2.280,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	250,0	11,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1.800,0	78,9%
Cantiere in corso	-	0,0%	-	0,0%	225,0	32,4%	50,0	2,2%
Opera conclusa	2.876,0	100,0%	562,0	100,0%	470,0	67,6%	180,0	7,9%
Totale	2.876,0	100,0%	562,0	100,0%	695,0	100,0%	2.280,0	100,0%

	Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	800,0	%	300,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	300,0	100,0%
Progettazione conclusa	400,0	50,0%	-	0,0%
Cantiere in corso	-	0,0%	-	0,0%
Opera conclusa	400,0	50,0%	-	0,0%
Totale	800,0	100,0%	300,0	100,0%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	322,0	322,0	322,0	*100%*
2007	87,0	33,5	33,5	*39%*
2008	25,0	25,0	25,0	*100%*
2009	3.232,0	2.375,1	2.862,6	*89%*
2010	1.365,5	281,7	1.008,1	*74%*
2011	1.891,2	-	659,8	*35%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 30.06.2012*	*quota annua di ammortamento*
2006	794,0	161,2	333,9	31,2
2007	1.637,0	324,8	392,6	35,9
2008	310,1	87,7	714,2	102,3

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
694,15	0,07

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Aggiornamento TAC (nuova TAC a Tolmezzo e spostamento a Gemona)	Ospedale di Tolmezzo	2009	850,0	800,0	in corso	aggiudicato
Mammografo digitale (A)	Tolmezzo	2010	250,0	232,0	non avviato	aggiudicato
Acquisti per progetto regionale PACS (C)		2010	30,0	-	non avviato	non avviato
Rinnovo Ecotomografi	Varie	2010	230,0	260,7	non avviato	aggiudicato
Ambulanza	Territorio	2010	100,0	106,8	non avviato	aggiudicato
Rinnovo autoparco	Territorio	2010	100,0	116,0	non avviato	aggiudicato
Rinnovo automezzi		2011	100,0	-	-	non avviato
Rinnovo tecnologie informatiche		2011	100,0	-	-	non avviato
Ausili per riabilitazione		2011	100,0	-	-	non avviato
Autoambulanza		2011	110,0	-	-	non avviato

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di Area Vasta)	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizione delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31.12.2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, nella seduta di data 27-4-2011, ha definito i Progetti delle funzioni coordinate di Area Vasta contenenti il Piano attuativo e il Piano di Riorganizzazione Gestionale. I progetti sono stati trasmessi alla Direzione Centrale con nota prot. n° 36084/A del 04/05/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema	**Risultato atteso:** Entro il 30/04/2011 approvazione del Piano attuativo di Area Vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'aera amministrativa: - trattamento previdenziale, - acquisizione del personale, - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari, - fiscalità, - recupero crediti, - controllo sulle esenzioni ticket.
Attuazione al 31.12.2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, in data 27-4-2011, ha definito i Progetti delle funzioni coordinate di Area Vasta contenenti il Piano attuativo e il Piano di Riorganizzazione Gestionale e trasmessi alla Direzione Centrale con nota prot. n° 36084/A del 04/05/2011. Inoltre, sulla base di quanto indicato dalla Giunta con propria delibera n. 1720 del 23-9-201 (modifiche al Patto tra Regione e Direttore generale), il Direttore generale dell'ASS4 in qualità di coordinatore delle Aziende di Area vasta Udinese, ha inviato la nota 97773/A del 31-12-2011 avente per oggetto: "DGR n. 597 del 8.04.2011 così come modificata dalla DGR n. 1720 del 23.09.2011. - Progetto di riordino delle funzioni amministrative e di supporto dell'Area Vasta Udinese".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

2.1 Contenimento dei tempi di attesa

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa	
Obiettivo aziendale: Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta udinese per l'anno 2011	**Risultato atteso:** 1- Evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla DGR 288/2007 per singola Azienda e per Area Vasta. 2- E' disponibile sui siti aziendali il monitoraggio periodico dei tempi d'attesa di Area Vasta

Attuazione al 31.12.2011

1. Sono state regolarmente effettuate le rilevazioni regionali nelle giornate indice di aprile, luglio, ottobre 2011 e gennaio 2012. Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2011, per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi. In occasione dei monitoraggi trimestrali, è stato elaborato un breve resoconto di AVUD con evidenza delle prestazioni con tempi tendenzialmente critici e/o con numerosi pazienti in attesa allo scopo di rappresentare la situazione ai Direttori Sanitari dell'AVUD. In occasione della rilevazione regionale del mese di luglio, è stato predisposto un modello di report direzionale con il quale vengono rappresentate, per ogni prestazione tracciante, le seguenti informazioni:
   - n° di sedi in cui vengono erogate in AVUD secondo i PAL/PAO,
   - n° complessivo di utenti in attesa
   - n° sedi in cui vengono rispettati i tempi, comprese le classi di priorità, ove previste;
   - i volumi erogati dalle strutture pubbliche e private nel 2010,
   - la stima 2011 calcolata sull'erogato a maggio 2011;
   - il delta % gennaio-maggio 2010/gennaio-maggio 2011.

   Nella relazione contenuta del presente documento è data puntuale evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla programmazione aziendale.
2. Sul sito aziendale sono stati pubblicati i monitoraggi dei tempi d'attesa di Area Vasta Udinese a partire dalla giornata indice di aprile 2011 nella sezione dedicata ai Tempi d'attesa

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.2 Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	
Obiettivo aziendale: Applicare modalità condivise tra medici prescrittori e medici specialisti per semplificare le prescrizioni di prestazioni specialistiche	**Risultato atteso:** Realizzazione del consensus sul documento relativo alla semplificazione delle prescrizioni specialistiche, predisposto nel 2010.

Attuazione al 31.12.2011

Il gruppo tecnico interaziendale che si occupa dei tempi d'attesa in Area Vasta ha redatto nel corso del 2010 una prima stesura del documento riguardo le modalità e la tempistica di prescrizione delle prestazioni specialistiche, come indicato dalla DGR n. 288/2007 e dalla L.R. n. 7/2009. Nel 2011 il documento è stato sottoposto all'attenzione delle Direzioni sanitarie aziendali ed è stato oggetto di un esame preliminare della Commissione per l'Integrazione Medicina Territorio/Medicina Ospedaliera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Udine.

Le Direzioni sanitarie dell'AVUD hanno identificato i professionisti per la partecipazione alla riunione di consenso sul documento, individuandoli tra Medici di Medicina generale, Medici specialisti e medici con ruoli di responsabilità nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Il giorno 23 marzo 2011 si è tenuta una riunione di consenso, con la partecipazione di professionisti delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Udinese, riguardo il documento sulla semplificazione delle prescrizioni specialistiche, che è stato successivamente adottato con delibera del Direttore generale n. 251 del giorno 11.05.2011 "DGR n. 2384 del 25.11.2010 Linee per la gestione del SSR 2011: linea per la programmazione 3.4.1.2 "Semplificazione delle prescrizioni specialistiche". Adozione del documento "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni specialistiche"

Il documento è stato successivamente distribuito alle strutture aziendali e ai professionisti interessati ed è stato pubblicato sul sito aziendale. È stata inoltre garantita la partecipazione ad un incontro con i MMG, gli specialisti ambulatoriali e i medici ospedalieri del Distretto e Ospedale di San Daniele per la presentazione ed il confronto sui contenuti del documento.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.3 Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/ prenotazione/ gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale	
Obiettivo aziendale: Adeguare e uniformare le modalità operative per la prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nell'Area Vasta.	**Risultato atteso:** Ogni Azienda predispone un report che evidenzi gli esiti della verifica da trasmettere ai prescrittori
Attuazione al 31.12.2011 Con delibera del DG 249 dell'11/05/11 è stato adottato il documento di Area Vasta Udinese "Sistema di accessibilità dei pazienti alle cure specialistiche in regime ambulatoriale", comprensivo del "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali", precedentemente presentato e sottoposto a valutazione in occasione di incontri di Area Vasta Udinese con i referenti CUP e Call Center, con i rappresentanti degli UDMG e degli erogatori privati. Nel mese di giugno 2011 sono stati organizzati incontri formativi/informativi sui contenuti del documento rivolti agli operatori degli sportelli CUP, delle segreterie di reparto delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese. Completata la fase di adozione e diffusione dei documenti relativi al "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali" ed al "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni ambulatoriali", sono state organizzate e portate a termine due analisi campionarie con la raccolta di ricette presso tutte le strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese nelle seguenti giornate: • 4 e 5 luglio per le prestazioni di visita cardiologica, visita neurologica, visita oculistica, ecografia addome, EGDS e colonscopia; • 29 agosto – 2 settembre per la prima visita e i controlli delle specialità oculistica, cardiologia e neurologia. I risultati del primo campionamento (872 ricette campionate) sono stati elaborati e commentati nel documento "Verifica in Area Vasta delle prescrizioni per alcune prestazioni specialistiche prioritarizzate", presentato ai Direttori sanitari, ai responsabili delle SOC dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Udine e ai responsabili dei Distretti dell'Area Vasta Udinese; durante quest'ultimo incontro sono stati illustrati anche i primi dati di confronto con il 2° campionamento (1891 ricette esaminate).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.4 Prescrizione elettronica e prenotazione on-line	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:** Si rimanda alla scheda della "Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica"
Attuazione al 31.12.2011 Si rimanda alla scheda della "Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica"	

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
Obiettivo aziendale: Individuare al procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti"	**Risultato atteso:** Le Aziende applicano la procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti" entro il 15 aprile per la visita cardiologica e per le ecografie addominali
Attuazione al 31.12.2011 Con delibera del DG n. 56 del 08/02/11 "Art. 12 L.R. 7 del 26.03.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei Tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale": modifica dei tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità P (programmata) per le prestazioni di visita cardiologica ed ecografia addominale" la Direzione dell'A.S.S. 4 ha dato disposizione alle strutture pubbliche e private accreditate di modificare il tempo massimo d'attesa delle prenotazioni in classe P per le prestazioni individuate dalle Linee di Gestione del SSR 2012 (visita cardiologica ed ecografia addominale). Il percorso di definizione della procedura da attivare in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti ha previsto il coinvolgimento di uffici interessati per gli aspetti burocratico-amministrativi e contabili (Politiche del Territorio, Gestione Economico-finanziaria, direzione CUP, URP).	

Si è preventivamente dato seguito alla visualizzazione "allargata" in tutta l'Area Vasta Udinese delle agende di prenotazione per le due prestazioni individuate dalla procedura, attraverso la definizione di criteri uniformi per costruzione delle agende.
La procedura, adottata con delibera n. 175 del 06/04/11 "L.R. 7 del 26.03.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei Tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale", art. 12 "Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni": adozione della "Procedura per mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti in Area Vasta Udinese", ha validità per tutta l'Area Vasta Udinese e viene attivata dal personale degli sportelli CUP qualora non sia possibile garantire in alcuna sede dell'Area Vasta Udinese i tempi massimi d'attesa per le prestazioni di visita cardiologia ed ecografia addominale, prescritte con priorità B (10 gg) e P (120 gg). La delibera è stata distribuita alle stutture private accreditate, alle strutture aziendali, ai MMG/PLS; gli operatori degli sportelli CUP delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese sono stati formati sulla nuova procedura in occasione di incontri nel mese di giugno (vedasi linea 3.4.1.3).
Il documento è disponibile per la consultazione sul sito aziendale alla sezione Tempi d'attesa.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.6 Libera professione	
Obiettivo aziendale: Verifica del rapporto tra attività istituzionale e libera professione ed aggiornamento dei regolamenti aziendali della libera professione.	**Risultato atteso:** – Presso le Aziende territoriali sono disponibili i regolamenti aggiornati riguardo la libera professione intramuraria – Valore obiettivo 2011 del rapporto attività intramuraria / attività istituzionale non superiore al 2%

Attuazione al 31.12.2011
- E' in corso la valutazione per l'aggiornamento dei Regolamenti riguardo la libera professione intra-muraria
- Rapporto tra attività intramuraria e attività istituzionale complessiva dell'ASS n. 4 nel 2011: 1,4%

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.7 Criteri di priorità	
Obiettivo aziendale: Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità di Area Vasta.	**Risultato atteso:** 1- Adeguamento delle agende di prenotazione per la chirurgia vascolare e la visita pneumologica. 2- Definizione dei criteri di priorità per le nuove prestazioni individuate. 3- Realizzazione dell'iniziativa di consensus per la definizione dei criteri di priorità per la chirurgia vertebro-midollare.

Attuazione al 31.12.2011
1. I criteri di priorità per la visita di chirurgia vascolare e pneumologia, già adottati nel 2010, sono stati applicati alle agende di prenotazione dell'Area Vasta Udinese a partire dal mese di luglio 2011 e nel mese di agosto ne è stata data comunicazione ai MMG/PLS, alle strutture aziendali e private accreditate (prot. 62689/A del 12/8/11).
2. Il documento relativo ai criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare, proposto dalla struttura operativa di Chirurgia Vertebro-midollare dell'AOUD, è stato sottoposto in data 16 giugno 2011 all'approvazione da parte degli specialisti interessati (neurologi, ortopedici e fisiatri) e ai rappresentanti dei MMG/PLS, in occasione di una specifica conferenza di consenso di Area Vasta. Con delibera del DG n. 482 del 12/09/11 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi d'attesa per l'Area Vasta udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare" i criteri di accesso sono stati formalmente adottati.
   Con delibera del DG n. 483 del 12/09/11 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi d'attesa per l'Area Vasta udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla densitometria ossea" sono stati

adottati i criteri di accesso alla densitometria ossea, approvati nel corso di una specifica riunione di consenso di Area Vasta (22/06/2011), alla quale hanno preso parte gli specialisti interessati (oncologi, ginecologi, reumatologi, ortopedici e fisiatri) e i rappresentanti dei MMG/PLS.
Entrambe le delibere sopra citate sono state trasmesse nel mese di settembre 2011 ai MMG/PLS, alle strutture aziendali e private accreditate e pubblicate per la consultazione sul sito aziendale.

3. Nel corso del 2011 è stato nominato un gruppo di lavoro interprofessionale ed interaziendale che ha visto la partecipazione di neurologi, ortopedici, diabetologi, fisiatri e MMG, con il compito di predisporre una prima stesura di criteri di priorità clinica per l'accesso all'elettromiografia. In seguito all'approvazione da parte degli specialisti interessati e dei rappresentanti dei MMG in una specifica riunione di consenso (09/11/11), i criteri sono stati adottati con delibera del DG n. 574 del 18/11/11 "Adozione documento "Programmazione 2011 Contenimento dei tempi d'attesa Area Vasta Udinese. Criteri di priorità per l'accesso all'elettromiografia semplice (EMG)"

Nel 2011 si è concluso il percorso relativo all'accesso alla RM della colonna vertebrale con la definizione dei criteri per le patologie osteoarticolari, che integrano quelli approvati precedentemente per la RM dell'encefalo, tronco encefalico e patologie endocanalari della colonna vertebrale. Gli specialisti interessati (neurologi, neurochirurghi, fisiatri, ortopedici, oncologi) e rappresentanti dei MMG, invitati alla conferenza di consenso di Area Vasta (18/10/2011), hanno discusso i criteri e proposto modifiche/integrazioni al documento. Con delibera del DG n. 631 del 23/12/11 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi tempi d'attesa per l'Area Vasta Udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla Risonanza Magnetica dell'encefalo, del tronco encefalico e colonna vertebrale"sono stati formalmente approvati i criteri di accesso alla RM in oggetto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità regionali.	Progressivo adeguamento del sistema di prenotazione per le prestazioni prioritarizzate dal livello regionale

Attuazione al 31.12.2011

Obiettivo stralciato su indicazione della Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitarie e politiche sociali.
Le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Udinese, attraverso la designazione di professionisti, hanno partecipato al tavolo tecnico regionale per la definizione dei criteri di priorità dell'endoscopia digestiva (vedasi comunicazione del Direttore Generale dell'A.S.S. 4, prot. 41765/A del 24/05/2011).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"

2.2 Prevenzione

Linea n. 3.4.2.1 : Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
proseguire l'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili previsti dal PRP	MPR: - 90% 1^ dose MPR - 85% 2^ dose, MPR - 95% 3 dosi di vaccino antipertosse (proxy vaccinazione esavalente)

Attuazione al 31.12.2011

MPR:
- Copertura vaccinale con 1° dose MPR, coorte 2009: 90% (89,9%).
- Copertura per 2° dose MPR, coorte 2005: 83,3%.

Pertosse:
Copertura con 3 dosi antipertosse: 95% (94,6%)

Motivazioni scostamento risultato atteso

Per quanto riguarda la copertura per 2° dose MPR si sta assistendo ad un ritardo nell'esecuzione delle vaccinazioni rispetto alla data dell'invito dovute a più motivi: ritardo nell'esecuzione della vaccinazione dovuta alla concomitante presenza di malattie intercorrenti (febbri, s. influenzali ecc…) che pur non essendo delle

controindicazioni alle vaccinazioni sono motivo per rimandare da parte dei genitori e dello stesso pediatra. Inoltre sta aumentando il numero degli inadempienti totali o parziali alle vaccinazioni.
Sebbene nel corso del secondo semestre del 2011 siano anche state effettuate oltre 50 sedute straordinarie vaccinali rispetto alla routine proprio per far fronte ai ritardi vaccinali in generale e al recupero dei non vaccinati di qualunque età, al 31.12.2011 non si è riusciti a recuperare tutta la coorte, che comunque continua ad essere chiamata . Al 2.04.2012 la CV per 2^ dose di MPR nella coorte 2005 è già dell'84,2% , copertura destinata ad aumentare se si considerano le attuali CV nelle coorti pregresse (ad es. coorte 2002 87,1%; coorte 2003 86,1%; coorte 2004 85,4%)

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
proseguire con la chiamata attiva delle coorti target del programma di vaccinazione HPV	- Copertura 60% per tutte le classi di età target 2008/2009 con 3 dosi di HPV (nate negli anni 1993 – 1994 – 1997 – 1998) - Al 31/12/2011 copertura 60% 3 dosi coorte 1995

Attuazione al 31.12.2011
Copertura anno 1993: 75,2%; 1994: 76,0%; 1997: 65,6%; 1998: 63,0%.
Copertura anno 1995: 66,2%

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
rilevare attivamente gli eventi avversi alle vaccinazioni	Predisposizione e diffusione (anche tramite portale aziendale) di un report annuale (con una rilevazione intermedia semestrale)

Attuazione al 31.12.2011
Predisposto il report 2011 sugli eventi avversi alle vaccinazioni (documento agli atti)
Per quanto riguarda la diffusione del report sulla sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni, questo è stato inviato a tutti gli operatori dei sevizi vaccinali dell'ASS 4 e discusso nella riunione di servizio del 14/03/2012.
Il report è stato pubblicato sul sito aziendale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
proseguire con le attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale	Utilizzo routinario in tutti i centri vaccinali della check list anamnestica informatizzata pre vaccinale (50% di tutte le vaccinazioni)

Attuazione al 31.12.2011
Tutti i centri vaccinali utilizzano la check list anamnestica informatizzata vaccinale: 62% di tutte le vaccinazioni.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.2 : Prevenzione infortuni e malattie professionali

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Attivare e promuovere azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione anche condivise con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	- Monitoraggio di almeno il 20% dei cantieri notificati, fatta salva la definizione delle modalità operative del monitoraggio - Mantenimento del numero di cantieri edili vigilati nel corso del 2010. - Stesura di un piano di intervento congiunto interaziendale da proporre all'ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento

Attuazione al 31.12.2011
- Nell'anno 2010 sono pervenute 2.242 notifiche, nel corso del 2011 sono stati monitorati 466 cantieri:

20,8% delle notifiche
- Si è mantenuto in numero di cantieri ispezionati: 399 cantieri (nel 2010: 377)
- E' stata garantita la partecipazione al gruppo regionale per la predisposizione dei documenti approvati nella seduta dell'Ufficio Operativo del 02.12.2011 (punto 4 del verbale depositato presso SPSAL)

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
proseguire nell'inserimento degli infortuni gravi e mortali segnalati ai servizi sul programma MALPROF già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere elementi di natura prevenzionistica, anche tramite la prescrizione o altra azione	Inserimento di tutti gli eventi occorsi rientranti della definizione di "gravi" accaduti tra il 30.09.2010 ed il 30.06.2011, e le cui indagini siano concluse entro il 31.12.2011.

Attuazione al 31.12.2011
Sono stati inseriti nel sistema n. 6 casi di infortuni le cui indagini sono state concluse entro il 31.12.2011 (di cui 3 mortali e 3 gravi)

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
proseguire nell'inserimento sul programma MALPROF già ISPESL dei casi di malattia professionale segnalati ai servizi limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine possa individuare elementi di causa o concausa professionale	Inserimento di almeno il 50% dei casi di malattia professionale repertati dopo il 1.1.2010 ed oggetto di indagine da parte dei servizi, per i quali si sia dimostrato un nesso di causa o concausa professionale

Attuazione al 31.12.2011
Dei casi d malattia professionale istruiti e conclusi nel 2011 (n. 302 casi) sono stati inseriti nel sistema MALPROF ISPESL il 100% di quelli per i quali si è dimostrato un nesso di causa o concausa professionale: n° 125 casi inseriti.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione nel comparto dell'agricoltura	partecipare ai lavori del gruppo regionale di monitoraggio delle aziende agricole da realizzarsi in collaborazione tra le SOC PSAL e le associazioni degli agricoltori per monitorare complessivamente 100 aziende con distribuzione regionale.

Attuazione al 31.12.2011
E' stata garantita la partecipazione ai lavori del gruppo regionale: è stato individuato il set di aziende agricole su scala regionale.
Sono state monitorate 46 aziende presenti nel territorio di competenza dell'ASS 4 (obiettivo assegnato dal gruppo regionale: 40 aziende).

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.3 : Prevenzione obesità

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
promozione di interventi di educazione alimentare mirati alla prevenzione del sovrappeso nella fascia d'età 0-5 anni.	- Collaborazione dei professionisti e delle strutture dell'ASS4 alla redazione della "Bozza aggiornata delle Linee Guida sulla ristorazione collettiva" - Prosecuzione dell'attività di inserimento dati sull'allattamento al seno nel portale regionale dedicato - Predisposizione di un calendario di interventi

	informativi e formativi sull'alimentazione nella prima infanzia (0-5 anni) - Collaborazione alla sorveglianza attiva sui bilanci di salute che coinvolge 30 PLS a livello regionale (progetto condotto nel 2010 dall'IRCCS Burlo Garofolo)
Attuazione al 31.12.2011 - È stata garantita la collaborazione alle attività regionali per la predisposizione della Bozza aggiornata delle "Linee Guida sulla ristorazione collettiva" (6 riunioni plenarie del gruppo regionale, 6 riunioni fra dietiste e 3 fra assistenti sanitarie). - È proseguita regolarmente l'attività di rilevazione sull'allattamento al seno al momento della seconda dose vaccinale nei nuovi nati, i dati sono stati inseriti nel portale regionale. - Sono state calendarizzate per i mesi di giugno-novembre 2012 dieci edizioni di un evento formativo articolato in due incontri. Metodi e contenuti sono stati concordati con i responsabili/referenti dei nidi d'infanzia e delle associazioni più rappresentative del territorio.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso In assenza di indicazioni regionali non è stata sviluppata alcuna attività riguardo alla "Collaborazione alla sorveglianza attiva sui bilanci di salute che coinvolge 30 PLS a livello regionale".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.4 : Prevenzione incidenti stradali	
Obiettivo aziendale: partecipare al progetto SicuraMENTE (previsto nel PRP 2010-2012) che prevede programmi ed interventi inseriti nei curriculum scolastici, nel quadro di una collaborazione strutturata tra Sanità, Scuola, Trasporti, FVG-Strade.	**Risultato atteso:** Adesione al progetto SicuraMENTE e realizzazione delle attività di competenza dell'ASS4.
Attuazione al 31.12.2011 E' stata garantita la partecipazione a nove incontri promossi dalla Regione. Sono stati realizzati tre interventi formativi presso le scuole ISIS Stringher di Udine in data 18.11.2011, Liceo Copernico di Udine 28.11.2011 e ITG Marinoni di Udine in data 29.11.2011. Il tema trattato era "Partecipazione al progetto Sicuramente: riflessione sui comportamenti a rischio e indicazioni sulle possibilità di protezione".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Prosecuzione delle azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute.	- Realizzazione di un calendario di iniziative e workshop in collaborazione con Federsanità ANCI e Amministrazioni comunali (coinvolgimento nel corso del 2011 di almeno il 30% dei comuni del territorio dell'ASS4) - Realizzazione di un'indagine sull'impatto del percorso formativo sulle Amministrazioni comunali coinvolte
Attuazione al 31.12.2011 In collaborazione con Federsanita ANCI e Amministrazioni comunali nel corso dell'anno 2011 sono stati realizzati, due workshop sui temi della mobilita sostenibile e sicura in ambito urbano, di cui uno il 18 febbraio con i comuni dei distretti di Udine e Codroipo e uno il 1 dicembre 2011 con i comuni del distretto di Cividale coinvolgendo il 60% (37 dei 62) dei comuni del territorio dell'ASS4. E' stata effettuata una verifica sull'impatto del percorso formativo ed in particolare sulla rispondenza della pianificazione comunale ai criteri della Generalità di Giunta 2939/2009 nel Comune di Udine (Rapporto ambientale preliminare al PRGC) . Relazione disponibile agli atti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.5 : Prevenzione incidenti domestici	
Obiettivo aziendale: - ridurre la mortalità ed i ricoveri da eventi traumatici (in particolare frattura di femore) nella popolazione anziana ospite di strutture o assistita a domicilio attraverso interventi in collaborazione con associazioni ed EELL; - ridurre i ricoveri per eventi traumatici da caduta ed i ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini 0-4 anni attraverso interventi integrati e multifattoriali.	**Risultato atteso:** Realizzazione di un calendario di interventi formativi destinati a: personale sanitario e assistenziale dei Distretti, personale impiegato nei corsi pre-parto, volontari servizi di telesoccorso
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso del 2011 si è garantita la partecipazione/organizzazione ai seguenti interventi formativi: - partecipazione al Festival della Sicurezza con incontri monotematici e stand in rete con Confindustria Udine, ASS4, ASS5, ASS3 e ISRC Burlo Garofalo; - organizzazione di corso di formazione ECM, per operatori sanitari di area vasta, "Prevenire è meglio che …riabilitare: la prevenzione delle cadute dell'anziano nelle strategie del distretto socio sanitario", con due edizioni nel 2011 e l'intervento di relatori della regione Emilia Romagna e dell'ASS1; - implementazione del progetto AFA (attività fisica adattata) con il coinvolgimento di palestre ed utenti del distretto di Codroipo; - un progetto pilota in collaborazione con un'insegnate di scuola materna di Cividale (realizzazione di kit didattico e due libri di testo per un intero anno di insegnamento nella Scuola dell'Infanzia) e programmazione della didattica sul tema incidenti domestici per l'intero anno scolastico in corso, preceduta da incontri informativi/formativi con i genitori dei bimbi delle due scuole coinvolte nel progetto (Rualis di Cividale e Prepotto). Inoltre sono in programmazione; - incontri di formazione per gli operatori sanitari coinvolti nei corsi preparto; - incontri di formazione con i volontari del telesoccorso della ProSenectute di Udine; - interviste a testate giornalistiche e ad emittenti radiotelevisive e partecipazione a trasmissioni radiofoniche e televisive, su emittenti sia pubbliche che private locali, nella maggior parte in lingua italiana, ma anche in lingua friulana.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.6 : Programma guadagnare salute	
Obiettivo aziendale: **Lotta al tabagismo:** Promozione ed adesione alle iniziative nazionali di contrasto al tabagismo con l'implementazione di "Luoghi e contesti liberi dal fumo"	**Risultato atteso:** - Adesione al monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo negli ambienti sanitari (progetto CCM 3 Veneto - "Definizione ed implementazione di un sistema di monitoraggio della normativa sul fumo in Italia") - Realizzazione progetto "Unplugged" (contrasto all'abuso di sostanze) presso 10 scuole medie (classi terze) della provincia di Udine, in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze
Attuazione al 31.12.2011 - L'adesione al monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo negli ambienti sanitari (progetto CCM 3 Veneto - "Definizione ed implementazione di un sistema di monitoraggio della normativa sul fumo in Italia") è stata definita con deliberazione del Direttore Generale n. 611 del 14.12.2011. Progetto Unplugged: realizzato percorso di formazione degli insegnanti di 7 scuole medie (classi terze) della provincia di Udine, in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze: un corso della durata di 20 ore in data 5-6- e 7 settembre. Il corso verrà riproposto anche in settembre 2012 dato che la fine del progetto è prevista entro il 31.12.2012.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Lotta all'abuso di alcol: promuovere la realizzazione di iniziative di contrasto all'assunzione di alcol nei diversi setting (Enti, Istituzioni, Scuole) con riferimento particolare ai lavoratori del settore trasporti, ai lavoratori del comparto edile.	Predisposizione (a livello di Area vasta e in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze) di un depliant informativo rivolto ai lavoratori e distribuzione ad almeno il 20% delle imprese dei settori edile e trasporti presenti sul territorio di competenza dell'ASS4
Attuazione al 31.12.2011 Le SOC PSAL e i Dipartimenti delle Dipendenze delle Aziende territoriali di Area vasta hanno realizzato un depliant informativo, rivolto ai lavoratori del settore dei trasporti e delle costruzioni, sulla tematica alcol-lavoro. Il depliant è stato presentato nel corso di una conferenza stampa tenutasi presso la sede di Confindustria Udine in data 09.11.2011. E' stato poi inoltrato al 50% delle aziende dei comparti del trasporto e delle costruzioni aventi sede legale nel territorio di competenza dell'ASS n. 4, con numero di dipendenti uguale o maggiore di 3, individuate per mezzo della banca dati EPI INFO (aggiornamento del 2009). Sono state coinvolte 242 aziende delle costruzioni e 65 aziende di trasporto.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Attività motoria: diffondere una "cultura del movimento" come stile di vita nella popolazione "fragile" o più sedentaria.	- Individuazione entro il 30/09 e realizzazione (in accordo con i Dipartimenti di Prevenzione dell'Area vasta) di 1 nuovo percorso "Pedibus" a livello provinciale, in collaborazione con la scuola e l'Amministrazione comunale interessate. - Collaborazione con le Amministrazioni comunali del territorio di competenza dell'ASS4 per la formazione degli accompagnatori non professionali
Attuazione al 31.12.2011 Avviato un percorso pedibus nella scuola dell'infanzia di via d'Artegna in Udine Presso tale Istituto è stato realizzato in data 9 maggio 2011 un incontro di presentazione del pedibus e di formazione degli accompagnatori non professionali (volontari aderenti ad associazioni, genitori e nonni).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.7 : Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	
Obiettivo aziendale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare 2011	**Risultato atteso:** raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011, fatta salva la sua approvazione da parte del livello regionale
Attuazione al 31.12.2011 Il Servizio Veterinario area B e il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) hanno raggiunto gli obiettivi prefissati dal PQSA e del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare. In particolare il servizio veterinario area B ha eseguito 5134 (ispezioni,campionamenti,interventi per allerte ...) il SIAN ha effettuato 1641 accessi (ispezioni, campionamenti, interventi per allerte…) su 636 imprese (oltre il 12 % delle imprese censite al 1.1.2011). Le ispezione hanno dato luogo a 597 provvedimenti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: svolgere i controlli ufficiali in coerenza con la classificazione del rischio svolta negli anni precedenti	**Risultato atteso:** eseguire un controllo ufficiale su tutte le attività classificate ad alto rischio nei 2 anni precedenti
Attuazione al 31.12.2011 Il Servizio Veterinario area B ha svolto 32 dei 34 audit previsti. SIAN - Gli obiettivi del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011 sono stati	

raggiunti.
Sono state ispezionate tutte le imprese classificate ad alto rischio nel 2009 (10) e tutte quelle classificate ad alto rischio nel 2010 (25) tranne 2, chiuse nel corso del 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Motivazioni scostamento risultato atteso
Servizio Veterinario area B: il parziale raggiungimento dell'obiettivo è da imputarsi a due diverse cause:
1. uno degli stabilimenti in cui l'audit era stato preventivato è inattivo, per manutenzione straordinaria, dall'aprile 2011
2. il 2011 ha visti in attività tre (per alcuni mesi 2) dei 4 auditors normalmente presenti

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Organizzazione di eventi formativi per il personale su problematiche applicative del c.d. "Pacchetto Igiene"	Definizione di un progetto formativo con effettuazione di n. 2 eventi a livello di Area vasta per il personale dei Servizi Veterinari e SIAN

Attuazione al 31.12.2011
Nel corso del I semestre è stato predisposto il progetto formativo e si è svolta la prima edizione del corso "Approfondimenti teorico-pratici sulla filiera apistica".
Nel secondo semestre si è tenuto l'evento di FSC "Evoluzione delle procedure amministrative e del sistema sanzionatorio"(concluso il 31/1/2012).

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Razionalizzare ed uniformare le procedure operative del controllo ufficiale alla luce del Sistema informativo per i Servizi Veterinari e per i Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.S.A.Ve.R)	- Evidenza, entro il 30/06/2011, dell'utilizzo del sistema informativo S.I.S.A.Ve.R come unico sistema informativo per la gestione delle procedure (comprese quelle di tariffazione) dei servizi veterinari e di igiene degli alimenti e della nutrizione - Registrazione di tutti gli interventi di controllo ufficiale sviluppati su S.I.S.A.Ve.R

Attuazione al 31.12.2011
Il SIAN ed il Servizio Veterinario area B utilizzano SISAVeR come unico applicativo per la gestione delle procedure del controllo ufficiale implementate sul programma, con la registrazione di tutti i relativi interventi di controllo ufficiale (audit, ispezioni, verifica allerte).
Dopo la fase sperimentale, prosegue l'attività di sviluppo dell'applicativo riguardo la tariffazione ed agenda operatore, considerate le esigenze di perfezionare alcune particolarità del programma che consentano di gestire completamente le due funzioni.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Realizzazione di progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE	Evidenza (e avvio delle fasi attuative) di almeno un progetto di miglioramento delle attività di controllo, individuate attraverso opportune metodologie (es: PCM - Project Cycle Management)

Attuazione al 31.12.2011
Come da indicazioni regionali (nota prot. n. 13426 dd. 20/07/2011) è stato riformulato il risultato atteso: "Partecipazione all'evento formativo che verrà promosso dall'ASS2 sulla metodologia PCM, finalizzato all'acquisizione di competenze necessarie all'elaborazione di un progetto di miglioramento dell'attività di controllo ufficiale come previsto dal Reg. 882/04 CE".
Servizio Veterinario Area B: due dirigenti veterinari hanno partecipato all'evento formativo promosso dall'ASS 2 sulla metodologia PCM tenutosi nel mese di ottobre 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.8 : Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale: mantenere attivi i programmi di sorveglianza utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione (OKkio alla salute e PASSI)	**Risultato atteso:** PASSI: predisposizione del report aziendale 2010 e delle schede tematiche su rischi comportamentali (alcol, fumo, situazione nutrizionale…) da utilizzare in occasione delle giornate tematiche OKkio alla salute: diffusione del report sull'indagine effettuata nel 2010
Attuazione al 31.12.2011 PASSI: è proseguito il sistema di sorveglianza attraverso le interviste telefoniche come da programma; è stato realizzato e diffuso il report del quadriennio 2007-2010, con particolare riferimento all'anno2010. Sono sono state elaborate le schede tematiche su: alimentazione, fumo e alcol (documenti agli atti). Okkio alla salute: La diffusione del Report redatto dal CCM sull'indagine Okkio alla Salute 2010, si è svolta attraverso le seguenti modalità: Report scuola I dirigenti scolastici sono stati invitati con specifica nota a promuovere la diffusione del "Report scuola 2010", pubblicato sul sito dell'Ufficio Scolastico Regionale e sono stati invitati, assieme agli insegnanti delle 17 classi campionate, all'incontro di presentazione del Report, svoltosi presso il Dipartimento di Prevenzione in 2 edizioni nel mese di settembre 2011. **Opuscoli per genitori** Gli opuscoli redatti dalla DCSISSePS e indirizzati ai genitori di tutti gli alunni frequentanti le scuole primarie della Regione sono stati distribuiti a 29 Direzioni scolastiche (circa 13.000 opuscoli). Sono in fase di ristampa a cura della Regione 4000 opuscoli che verranno distribuiti nelle 8 Direzioni rimanenti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.9 : Programmi di screening	
Obiettivo aziendale: Migliorare la comunicazione alla popolazione sul tema della prevenzione secondaria oncologica SCREENING CERVICE UTERINA 1. Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale 2. Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio SCREENING MAMMELLA 1. % prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 clinico o in APSYS con esito codificato 2. % donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) registrata nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello 3. Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio SCREENING COLON RETTO 1. % adesione al test di screening 2. % colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati 3. Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio	**Risultato atteso:** Progettare ed attuare a livello di Area vasta un programma di comunicazione alla popolazione sul tema della prevenzione secondaria oncologica SCREENING CERVICE UTERINA 1. Revisione del 95% della casistica assegnata 2. 95 % della popolazione prevista per il 2011 SCREENING MAMMELLA 1. >=95% 2. >=90% (limitatamente all'attività di 2° livello svolta presso l'Ospedale di S. Daniele) 3. 95 % della popolazione prevista per il 2011 SCREENING COLON RETTO 1. 50% 2. >=95% (limitatamente all'attività di 2° livello svolta presso l'Ospedale di S. Daniele) 3. 95 % della popolazione prevista per il 2011

Attuazione al 31.12.2011

SCREENING CERVICE UTERINA

1. Revisione del 95% della casistica assegnata: risultato 100%
2. 95 % della popolazione prevista per il 2011: risultato 100%

SCREENING MAMMELLA

1. >=95% : risultato 98,43%
2. >=90% (limitatamente all'attività di 2° livello svolta presso l'Ospedale di S. Daniele): risultato 97,5%
3. 95 % della popolazione prevista per il 2011: risultato 100%

SCREENING COLON RETTO

1. 50% : risultato 51% Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS
2. >=95% (limitatamente all'attività di 2° livello svolta presso l'Ospedale di S. Daniele): risultato 100%
3. 95 % della popolazione prevista per il 2011: risultato 100%

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

2.3 Assistenza sanitaria

Linea n. 3.4.3.1 : Accreditamento	
Obiettivo aziendale: Completamento delle procedure di accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private ambulatoriali, di degenza e residenziali secondo il programma iniziato nel 2010.	**Risultato atteso:** - Individuazione di un referente entro il 31/01/2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e garanzia della sua partecipazione alle attività promosse dalla DCSISSePS - Messa a disposizione dei professionisti valutatori formati e individuazione di professionisti sanitari da formare a carico della regione per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private nella misura di almeno 20 per Area vasta, con un impegno stimato di 5 giornate/anno, salva la disponibilità individuale alla formazione
Attuazione al 31.12.2011 E' stato individuato il referente aziendale per le procedure di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie ed il nominativo è stato formalmente trasmesso alla DCSISSePS in data 25/01/2011 (prot. N. 0005577/A)Inoltre, l'elenco dei valutatori è stato integrato con ulteriori tre professionisti (rispetto a quelli già coinvolti negli anni precedenti che comunque hanno confermato la loro disponibilità): tutti coloro i quali si rientrati nell'elenco dei valutatori per l'accreditamento istituzionale hanno partecipato alle attività formative promosse dalla DCSISSPS. Obiettivo stralciato su indicazione della Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politice sociali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: l'obiettivo è stralciato, come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011", solo per la parte che si riferisce al numero delle giornate stimate a causa del ritardo nell'approvazione della delibera DGR1436/2011	

Linea n. 3.4.3.2 : Farmaceutica	
Obiettivo aziendale: Continuità nei percorsi di: A. appropriatezza prescrittiva	**Risultato atteso:** - Consolidamento dell'attività di registrazione delle prescrizioni sul portale AIFA dedicato per il 100% dei pazienti oncologici; avviamento dell'attività nell'area reumatologica qualora vengano prescritti farmaci inclusi nella lista oggetto di monitoraggio

	- Conclusione entro il 31.03.2011 di un'analisi delle possibili inappropriatezze prescrittive, definendo le priorità di intervento e un piano di azione per qualificare l'appropriatezza prescrittiva a livello territoriale - Definizione e attuazione di un programma di interventi mirati alla riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva e rivolti ai MMG
Attuazione al 31.12.2011 - Nel corso nel 2011 è stata rispettata la modalità di registrazione sul portale dedicato di tutti i pazienti in trattamento con i farmaci che richiedono registrazione AIFA (ONCO-AIFA o REUMA-AIFA). – E' conclusa nei tempi indicati l'analisi delle possibili inappropriatezze prescrittive, il piano di azione ed il programma di intervento diretto ai MMG.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
B. prescrizione di farmaci a brevetto scaduto	- Realizzazione di 2 monitoraggi annuali per singolo MMG che riportano il comportamento prescrittivo per gli inibitori di pompa, sartani, ace-inibitori, statine, antidepressivi generici rispetto ai farmaci che mantengono il brevetto ed attivazione dei conseguenti percorsi di miglioramento. - Revisione del prontuario terapeutico di Area Vasta al fine di inserire le molecole oggetto della determinazione AIFA sui generici
Attuazione al 31.12.2011 – Sono realizzati 2 monitoraggi annuali per MMG con il comportamento prescrittivo per le molecole evidenziate ed il confronto tra medicinali equivalenti e branded. I dati per il confronto disponibili per l'estrazione e l'analisi comprendono il periodo fino a giugno 2011. Sono state condotte riunioni in ambito distrettuale con i MMG nei distretti di Cividale, Tarcento, Codroipo, S. Daniele. Nel distretto di Udine sono state effettuate riunioni con UCAD nel corso del 2011 e programmate riunioni con MMG per il mese di febbraio e novembre 2012. – Il Prontuario di Area Vasta è stato rivisto ed aggiornato: sono state incluse molecole a brevetto scaduto e molecole comuni a tutti i prontuari ospedalieri e territoriali di area vasta classificate in tutti i gruppi ATC.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
C. distribuzione diretta	Mantenimento dell'attività di distribuzione diretta dei medicinali presso i vari setting aziendali ed incremento nel caso non si attivi la DPC attraverso l'implementazione a regime dell'attività nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso del 2011 è stata fornita assistenza farmaceutica a 3 strutture: gravi-gravissimi, DSM area di Risano, CdR Villa Nimis. Si è concluso un accordo per il rimborso di quanto erogato dalla Dialisi della struttura Città di Udine in distribuzione diretta	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
D. monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici	- Garantire la messa a regime dell'implementazione della cartella oncologica informatizzata per quanto riguarda il monitoraggio dei medicinali prescritti (100% delle informazioni per il 95% dei pazienti) - Individuare formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure AIFA e quanto previsto dalla DCSISSePS

	con nota n. 18104/sps/farm dd 11/10/2010
Attuazione al 31.12.2011 - Informazioni inserite per il 71,1% dei casi - Semestralmente si provvede alla revisione delle cartelle personali di distribuzione farmaci oggetto di procedura di rimborso. Le terapie concluse vengono segnalate per il rimborso in Direzione Strategica aziendale e DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
E. monitoraggio della spesa farmaceutica e AFIR	- Redazione di n. 12 report di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche della convenzionata e n. 12 dell'assistenza integrativa - Produzione di uno studio di fattibilità (ed eventuale attuazione degli interventi) relativo a possibili nuovi rapporti convenzionali con le farmacie territoriali per la distribuzione di medicinali e dispositivi medici nei diversi settino territoriali nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti in materia, con ricadute economicamente vantaggiose e senza disagi per gli utenti - Presentazione entro il 31/05/2011 di un'analisi della spesa aziendale relativa all'AFIR e di un piano pluriennale di interventi finalizzati al contenimento della stessa - Potenziamento dell'erogazione dei prodotti attraverso distribuzione diretta
Attuazione al 31.12.2011 – Sono stati redatti 12 reports per il monitoraggio della spesa farmaceutica ed altrettanti per l'AFIR. – E' stato redatto uno studio di fattibilità per la distribuzione di medicinali alle case di riposo convenzionate con l'ASS 4. E' concluso l'accordo per la distribuzione per conto dei medicinali del PHT nel territorio dell'area vasta della provincia di Udine; il disciplinare tecnico è in fase di elaborazione. – Il 30 maggio 2011 è stata presentata in direzione strategica l'analisi della spesa relativa all'AFIR e il piano pluriennale di intervento per il contenimento della spesa aziendale. – L'erogazione diretta per Codice Fiscale è aumentata rispetto al 2010: o del 7,7% nel costo di acquisto aziendale dei farmaci o del 7,9% nel valore calcolato sul prezzo al pubblico o del 25,5% nel N° di unità posologiche erogate o del 22,7% nel numero di accessi dei pazienti alle strutture aziendali	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZILAMENTE RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.3 : Sicurezza e governo clinico	
Obiettivo aziendale: Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza definiti a livello regionale.	**Risultato atteso:** Trasmissione alla DCSISSePS entro il 30/03/2011 di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati.
Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Trasmissione alla DCSISSePS entro il 30/11/2011 di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.

	Avvio del sistema informativo per la gestione di almeno un processo di risk management (cadute accidentali)
Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza	Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza, secondo le modalità che saranno emanate dalla DCSISSePS

Attuazione al 31.12.2011

Con comunicazione della DCSISSPS del 25 Marzo 2011 (prot. n. 6527/SPS/ASAN) il termine del 30 marzo 2011 per la trasmissione di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza è stato spostato al 15 Aprile 2011. Pertanto in data 15/04/2011 il citato documento è stato formalmente trasmesso alla DCSISSePS (prot. n. 0030876/A).

Si è garantita la partecipazione a tutti gli incontri del tavolo regionale e sono stati effettuati tutti gli adempimenti (autovalutazioni, compilazione questionari, fornitura pareri, diffusione delle informazioni, predisposizione delle attività) che sono stati richiesti in tali incontri.

In data 30/11/2011 è stato trasmesso il documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso (prot. n. 0090815/A).

L'attività di rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza è stata effettuata (ed è conclusa) presso l'Ospedale di San Daniele, secondo le modalità e le tempistiche individuate a livello regionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.4 : Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale: Concludere l'attività di censimento e formazione dei medici prescrittori (avviata a fine 2010) e garantire la collaborazione / supporto al processo di avviamento della procedura prescrittiva informatizzata .	**Risultato atteso:** Utilizzo della procedura prescrittiva informatizzata per almeno il 70% delle prescrizioni effettuate nell'ultimo trimestre 2011
Allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e di autorizzazione.	Collaborazione alle attività di allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e di autorizzazione, promosse dalla DCSISSePS.
Assicurare la prosecuzione dell'attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri nel 2010 con obiettivo di rendere efficace e uniforme l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa, garantire la qualità degli interventi in tutte le fasi delle prestazioni.	- Partecipazione dei referenti aziendali al 100% delle attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri promossa dalla DCSISSePS. - Definire percorsi prescrittivi e di erogazione dei prodotti di assistenza integrativa, anche in ambito di Area vasta, in un ottica di economicità per il SSR salvaguardando la qualità del servizio reso ai cittadini (distribuzione diretta e/o accordi con le farmacie e/o con i produttori e/o con i prescrittori).

Attuazione al 31.12.2011

Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.

Utilizzo procedura prescrittiva informatizzata

E' continuata l'attività di sensibilizzazione e di supporto all'utilizzo della procedura informatizzata

Allineamento procedure informatizzate e Gruppo di lavoro referenti aziendali

E' stata garantita la partecipazione degli operatori agli incontri promossi dalla DCSISSePS

Nuovo protocollo aziendale per i percorsi prescrittivi e di erogazione dei prodotti di assistenza integrativa

Il Nuovo Protocollo è stato diffuso all'interno dell'azienda, inviato alle aziende dell' Area Vasta Udinese e alla DCSISSePS. A seguito della conclusione della gara, è stata individuata la ditta per la gestione del magazzino (consegna, ritiro, sanificazione, ricondizionamento e stoccaggio degli ausili). E' stata realizzata una formazione

teorico-pratica articolata in 4 edizioni, rivolta a tutti gli operatori coinvolti nel processo di Assistenza Protesica: medici, fisioterapisti, amministrativi. L'obiettivo è stato la condivisione del Nuovo Regolamento e la presentazione e il successivo utilizzo dell'Applicativo gestionale del magazzino, ovvero le nuove modalità di prenotazione, ordine e fornitura degli ausili. E' stato attivato il Nuovo Sistema organizzativo mediante il recupero, la sanificazione e il ricondizionamento degli ausili presenti nei distretti e a domicilio degli utenti e la successiva fornitura. Sono stati effettuati gli acquisti degli ausili previsti nelle gare del DSC. La direzione ha accompagnato e supportato il cambiamento organizzativo mediante un continuo monitoraggio.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.5 : Cure palliative	
Obiettivo aziendale: Obbligo della registrazione su cartella infermieristica e medica (anche integrata laddove presente) in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (ospedali, RSA, Hospice; ex art. 7 Lg 38/2010). Tale registrazione deve comprendere le caratteristiche del dolore, la terapia antalgica, i farmaci utilizzati ed i dosaggi, il risultato antalgico. I dati sopra riportati devono essere implementati anche nelle cartelle di assistenza domiciliare.	**Risultato atteso:** <u>Strutture ospedaliere, Hospice, RSA:</u> - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno nel 95% dei casi. - Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno nel 95% dei casi. - Rivalutazione almeno nel 95% dei casi. <u>Assistenza domiciliare:</u> - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 50% dei casi.
Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore.	Effettuazione a livello di Area vasta di almeno un progetto di formazione sulla terapia antalgica e cure palliative.
Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	Rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.
Attuazione al 31.12.2011 - E' stata svolta l'attività di sensibilizzazione con le strutture sulla necessità di registrare il dolore e di rivalutazione dopo la terapia - Nel corso dell'anno sono stati definiti nuovi criteri di valutazione campionaria della registrazione del dolore in ingresso, è stata condivisa la necessità di considerare il trattamento del dolore con livello $\geq$ a 4 con VAS o con Abbey $\geq$ di 8 e sono stati definiti criteri più stringenti per considerare effettuata la rivalutazione del dolore. Con queste nuove regole i risultati di base evidenziano che nelle strutture aziendali la corretta rilevazione del dolore all'ingresso è avvenuta nel 96%, la corretta prescrizione e la formale registrazione dell'avvio della terapia del dolore nel 81% del campione e la corretta rivalutazione del dolore dopo terapia e la formale registrazione della stessa nel 95% del campione. E' evidente che l'introduzione delle nuove regole di rilevazione e di registrazione formale dei dati ha determinato uno score apparentemente non ottimale, ma questa nuova situazione deve essere considerata come dato di partenza per una modifica dei comportamenti sulla correttezza delle rilevazioni effettuate anche sul piano formale. - Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare la presenza in cartella della valutazione del dolore è risultata mediamente superiore al 75%. - E' proseguita l'attività formativa con la realizzazione di 3 edizioni del corso residenziale aperto ad Area vasta "La gestione del dolore tra Ospedale e Territorio", che ha visto la partecipazione di 100 operatori - L'attività di monitoraggio definita dal Ministero e dalla Regione sarà avviata non appena ricevute ulteriori indicazioni.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.6 : Rete oncologica	
Obiettivo aziendale: Partecipazione al 100% delle attività promosse dalla	**Risultato atteso:** A seguito di richiesta regionale, collaborazione dei

DCSISSPS	professionisti e delle strutture dell'ASS4 che saranno di volta in volta individuati alla redazione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche.
Attuazione al 31.12.2011 E' stata garantita la partecipazione a tutte le attività promosse a livello regionale	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7 : Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute.	**Risultato atteso:** registrazione del numero di decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione 100%.
Incremento nel Procurement di tessuti.	- numero cornee prelevate/numero di decessi in Ospedale > 2.5% - prosecuzione attività di procurement da vivente (con particolare riferimento al tessuto osseo). - Valutazione sulla possibilità di prelievo del tessuto osseo nel 50% dei pazienti sottoposti ad intervento di artroprotesi
Sicurezza del processo donazione-trapianto	- Integrazione della procedura aziendale relativa al processo di incident reporting con quanto necessario per l'attività di segnalazione di accadimento indesiderato nel processo di donazione e trapianto ed attivazione del percorso di monitoraggio di tali segnalazioni nel processo aziendale per il miglioramento della sicurezza dei pazienti - Utilizzo di metodi reattivi e proattivi per il contenimento del rischio a seguito di segnalazioni provenienti dal processo di incident reporting e report sulle attività svolte
Attuazione al 31.12.2011 - 2 decessi registrati per lesione cerebrale acuta in rianimazione/ 2 decessi avvenuti (100%) - 14 cornee prelevate / 384 decessi (3,6%) - È proseguita l'attività di procurement da vivente - Valutati tutti i pazienti sottoposti a procedura 81.51. Per il 2012 è prevista una revisione della procedura interna per il reclutamento dei donatori. - La procedura aziendale relativa al processo di incident reporting è stata integrata con quanto necessario per l'attività di segnalazione di accadimento indesiderato nel processo di donazione e trapianto ed attivazione del percorso di monitoraggio di tali segnalazioni nel processo aziendale per il miglioramento della sicurezza dei pazienti (19/12/2011). - Non sono pervenute segnalazioni relative ai processi di donazione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.8 : Piano sangue regionale	
Obiettivo aziendale: Garantire l'appropriatezza e la sicurezza trasfusionale	**Risultato atteso:** Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale e di verifica dell'appropriatezza trasfusionale
Attuazione al 31.12.2011 E' stato effettuato un incontro il 30/11/2011 con le SOC/SOS per il monitoraggio delle attività connesse ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale e di verifica dell'appropriatezza trasfusionale	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

2.4 Integrazione socio-sanitaria

Linea n. 3.4.4.1 : Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
A. analizzare per Area vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale; B. effettuare verifiche sulle condizioni logistico-strutturali finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza residenziale; in tema di continuità intra-territoriale:	- Trasmissione entro il 30/06/2011 alla DCSISSePS di un documento di analisi e di proposte sostenibili, condiviso in ambito di Area Vasta - Trasmissione entro il 30/12/2011 dello stato di avanzamento della realizzazione delle soluzioni proposte. - Definiti i parametri per la rilevazione del livello di umanizzazione - Effettuata una sperimentazione per la verifica delle condizioni logistico strutturali
C. promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco e demenza), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.	- Sviluppati interventi sanitari distrettuali proattivi integrati con MMG, SID, sul tema del diabete, scompenso cardiaco, BPCO e demenza in maniera articolata nei diversi distretti - Definizione e attivazione dei percorsi assistenziali previsti per le persone con demenza, funzionali alla diagnosi, alla cura nel proprio territorio e al supporto della famiglia con lo scopo di favorire la permanenza dei pazienti al proprio domicilio.
D. sviluppare l'integrazione sanitaria e socio sanitaria nell'ambito della non autosufficienza nel territorio con la valorizzazione dell'interazione tra MMG, distretti, servizi sociali e risorse delle comunità locali.	- Proseguite le attività distrettuali e della salute mentale in forma integrata con gli Ambiti anche su gravi gravissimi in tema di FAP.

Attuazione al 31.12.2011

- E' stato elaborato il "Documento di analisi e proposte sostenibili condiviso nell'Area vasta udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico-degenerative" (trasmesso alla DCS con nota prot. 0052233/A dd. 30/06/2011), comprendente anche la definizione dei parametri e del flusso di rilevazione del livello di umanizzazione
- In tutti i distretti sono stati attivati progetti di miglioramento dell'assistenza al diabetico con diverse articolazioni attuative: da attivazione di team nutrizionale, aggiornamento elenchi diabetici, attivazione di ambulatori dedicati
- In tutti i distretti sono state attivate iniziative di screening della BPCO con spirometria e in alcuni distretti sono attivi ambulatori dedicati, in un distretto l'iniziativa si è fermata ad un incontro di sensibilizzazione alla diagnosi precoce
- In 2 distretti sono state avviate iniziative sullo scompenso cardiaco, in un caso con ambulatorio dedicato ed in un altro con la predisposizione di un progetto
- In un distretto è stata promossa un'iniziativa formativa con MMG e area sociosanitaria sulle demenze.
- In un distretto è ' stato attivato un gruppo di lavoro con i MMG sulle problematiche connesse alla salute mentale che ha predisposto un progetto di intervento ed il piano di formazione

- Sono proseguite le attività in tema di FAP in ambito distrettuale e della salute mentale
- E' stato elaborato a livello di Area vasta il "Documento sullo stato di avanzamento e realizzazione delle soluzioni proposte rispetto alla progettualità dell'Area vasta udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico degenerative" (trasmesso alla DCS con nota prot. 97771 del 31 dicembre 2011) che descrive le iniziative aziendali sul tema delle malattie croniche, continuità assistenziale e umanizzazione delle strutture residenziali.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2 : Riabilitazione	
Obiettivo aziendale: Definire l'organizzazione e le attività dell'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitazione per la riabilitazione intensiva/estensiva presso l'Ospedale di S. Daniele	**Risultato atteso:** Le funzioni di riabilitazione estensiva presso l'Ospedale di S. Daniele sono già garantite dalla SOC "Medicina Fisica e Riabilitazione" anche attraverso n. 2 posti letto attivi nell'ambito del Dipartimento Medico. Inoltre l'ASS4 garantisce l'attività di riabilitazione intensiva presso l'AOUUD attraverso la SOC "Riabilitazione intensiva precoce" (34 posti letto).

Attuazione al 31.12.2011
Nel secondo semestre del 2011 è stata svolta un'analisi delle criticità di offerta riabilitativa nei confronti degli utenti degenti presso le degenze dell'ospedale di S. Daniele. Successivamente sono state individuate delle azioni di :

1. Miglioramento delle performances nel reparto di degenza
2. Introduzione e utilizzo della cartella fisioterapica
3. Mantenimento dei volumi delle attività riabilitative ambulatoriali

In particolare sono state incrementate le ore dedicate alla riabilitazione nei posti letto di degenza della SOC di Ortopedia (incremento presenza del fisioterapista da 4 a 6 ore giornaliere), è stata utilizzata la cartella fisioterapica e inserita nella cartella clinica, è stata mantenuta l'accessibilità al servizio ambulatoriale. Il tutto è stato reso possibile mediante l' ampliamento di 50 ore mensili di ambulatorio dedicato all'esecuzione delle prestazioni ambulatoriali compresa l'attività di programmazione dei piani di lavoro, per compensare le ore di incremento dell'attività nei posti letto della degenza

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione del Dipartimento di Riabilitazione di Area Vasta per garantire il governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio.	Trasmissione entro il 30/09/11 alla DCSISSePS della documentazione riguardante la strutturazione del Dipartimento di Riabilitazione di Area Vasta, in base alle indicazioni ricevute dalla Direzione stessa

Attuazione al 31.12.2011
Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della Direzione Centrale delle necessarie e preliminari indicazioni di cui si parla nel risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO STRALCIATO
NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Predisporre la definizione e l'organizzazione delle attività di Hub and Spoke per l'alta specialità riabilitativa tra l'IMFR di Udine e i Dipartimenti di Riabilitazione di Area vasta	Trasmissione alla DCSISSePS della documentazione riguardante l'organizzazione delle attività di Hub and Spoke per l'alta specialità riabilitativa, in base alle indicazioni ricevute dalla Direzione stessa

Attuazione al 31.12.2011 Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni di cui si parla nel risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	
Obiettivo aziendale: Definire la presenza in Area Vasta dell'offerta riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.	**Risultato atteso:** Evidenza a livello di Area vasta (trasmissione alla DCSISSePS di un report di analisi quadrimestrale sul numero di pazienti e di prestazioni erogate) dell'attività riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.
Attuazione al 31.12.2011 Sono stati trasmessi alla DCSISSPS i report di analisi quadrimestrale sul numero di pazienti e di prestazioni erogate rispetto all'attività riabilitativa cardiologica e pneumologica ad orientamento specialistico raccordata con l'attività degli ospedali del territorio: 1° quadrimestre 2011, nota prot. 67954/C dd 08/09/2011 2° quadrimestre 2011, nota prot. 91752/C dd 02/12/2011 3° quadrimestre 2011, nota prot. 0033037/C dd. 23/04/2012	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.3 : Dipendenze	
Obiettivo aziendale: Predisporre gli atti propedeutici per l'istituzione di Dipartimenti delle dipendenze di Area vasta.	**Risultato atteso:** Trasmissione, entro il 30-09-2011, alla DCSISSePS del documento di Area vasta che definisce le soluzioni tecnico organizzative del Dipartimento delle dipendenze, in base alle indicazioni ricevute dalla Direzione stessa
Attuazione al 31.12.2011 Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni di cui si parla nel risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	
Obiettivo aziendale: Garantire la collaborazione e il supporto al costituendo "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".	**Risultato atteso:** - Collaborazione e supporto al 100% delle iniziative dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. - Integrazione con l'Osservatorio per quanto riguarda le azioni di coordinamento regionale e nazionale sui problemi alcol-correlati, in raccordo e continuità con la programmazione regionale e aziendale 2010, fatto salvo il finanziamento regionale dedicato allo svolgimento di tali attività.

Attuazione al 31.12.2011

E'stato garantito il supporto alle iniziative del costituendo osservatorio regionale, attraverso la partecipazione a tutte le riunioni e incontri programmati dalla DCSISSePS. Di pari passo è proseguito il lavoro di coordinamento regionale e nazionale "alcol" in sinergia con la Direzione Regionale ed il tavolo di coordinamento regionale. Si è provveduto alla approvazione di un accordo di lavoro con l'Università di Udine. ("Progetto di coordinamento regionale e nazionale nel settore dei problemi alcolcorrelati" - "Osservatorio regionale sui problemi alcolcorrelati"anno 2011-2012, luglio 2011).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Adottare quando disponibile lo strumento nazionale di informatizzazione dei servizi delle dipendenze finalizzato alla produzione e alla trasmissione di dati omogenei e affidabili.	- Trasmissione alla DCSISSePS dei dati di attività disponibili attraverso il nuovo strumento nazionale - Collaborazione con il Tavolo Regionale delle Dipendenze e con quello dei Problemi alcolcorrelati per la definizione e implementazione del SIRD (Sistema Informativo Regionale Dipendenze)

Attuazione al 31.12.2011

Gli operatori hanno partecipato a tutte le attività finalizzate alla realizzazione ed allo sviluppo del sistema informatizzato ed agli specifici incontri formativi programmati. La definitiva implementazione del programma, comprensiva dello scarico dati dal precedente programma GIAS è in fase di attuazione. L'inizio dell'utilizzo del programma e delle procedure in via sperimentale è prevista per il 2012.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nota: Il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Linea n. 3.4.4.4 : Salute mentale

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Definire e sperimentare modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale	- Formulazione di protocolli distrettuali condivisi su scala distrettuale, di area vasta e regionale - Definizione e sperimentazione di nuovi modelli organizzativo/funzionali orientati all' integrazione di diversi servizi e professionalità per aree tematiche

Attuazione al 31.12.2011

Ogni CSM ha lavorato con i MMG che fanno capo a ciascun Distretto concordando e consolidando i livelli di comunicazione e collaborazione che sono stati avviati e successivamente implementati negli ultimi anni. Per ogni area territoriale/distrettuale è stato redatto un documento che illustra lo stato dell'arte e le linee di sviluppo nella specifica area e che costituisce un protocollo di accordo territoriale. Essendo diversi i livelli di collaborazione e i periodi di avvio di collaborazioni strutturate, nonché le specifiche problematiche di ogni area, i documenti ne riflettono le diversità e le originalità rimanendo comunque sempre all'interno della linea strategica intrapresa che mira a ristrutturare la comunicazione e la collaborazione tra CSM e MMG, nelle specifiche aree distrettuali. In particolare nell'area distrettuale di Udine è stato programmato un evento formativo congiunto che si ispira al documento del WHO "Mh gap", rinviato per ragioni organizzative a marzo 2012.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Individuare e sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/ recovery)	Definizione e sperimentazione di nuovi modelli organizzativo / funzionali orientati all' integrazione di diversi servizi e professionalità nella continuità dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery. L'integrazione coinvolgerà i servizi di salute mentale, il servizio di NPIA, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, Dipartimento delle Dipendenze, anche con

	l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders. Si raccorda alle linee 3.4.4.5 (Materno Infantile) e 3.4.4.3 (Dipendenze).

Attuazione al 31.12.2011

E' stato promosso, attivato e concluso il Corso di formazione "Adolescenza: approccio di comunità, metodologia di rete, criteri di vulnerabilità e risposta integrata al disagio, rischio alla crisi" (11/05/2011 – 23/09/2011, per complessive 6 giornate) rivolto ad operatori del Dipartimento delle Dipendenze, del DSM, della NPIA, dei Distretti sanitari e degli Ambiti socio-assistenziali. L'iniziativa è finalizzata all'individuazione di protocolli comuni di risposta alle forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza.

Successivamente il DSM ha definito e strutturato insieme al Servizio di NPIA, i referenti dell'area materno infantile distrettuale (EMT e consultorio familiare) un documento di consenso su nuove modalità organizzative e funzionali in risposta alle diverse problematiche della fascia adolescenziale. Tale documento costituisce un protocollo operativo che sarà sperimentato nel primo semestre del 2012. Ai lavori di definizione del protocollo hanno partecipato anche dirigenti dei DD.SS.MM. delle ASS3 Alto Friuli e ASS5 Bassa Friulana.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Programmare e avviare percorsi formativi condivisi con la medicina generale su una specifiche aree critiche, tematiche e organizzative	Attivazione di percorsi formativi condivisi su scala distrettuale, di area vasta e regionale in raccordo con il Ceformed

Attuazione al 31.12.2011

E' proseguita la collaborazione con il CEFORMED con l'accoglienza dei MMG in formazione nei servizi afferenti al DSM. Sono state inoltre attuate, seppure non omogeneamente, iniziative di formazione a livello distrettuale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Consolidare la rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (primo, secondo, terzo livello)	- Applicazione del Protocollo "Progetto per il Centro Regionale per la Riabilitazione dei DCA" previa approvazione dello stesso da parte della DCSISSePS e delle Azienda sanitarie regionali; si raccorda con i tre punti precedenti. - Consolidamento e rafforzamento delle attività rivolte alle persone con soprappeso/obesità in collegamento con l'Associazione "Diamo peso al benessere"

Attuazione al 31.12.2011

- DCA: prosegue l'attività a livello aziendale, anche in collaborazione con i servizi territoriali e ospedalieri delle altre Aziende sanitarie regionali.
- Attività rivolte a persone con soprappeso/obesità (in collaborazione con l'associazione "Diamo peso al benessere"): implementati i livelli di attività (attraverso l'inserimento di 55 nuovi utenti) e mantenuti i gruppi di supporto (per complessivi 20 incontri/mese). E' stato predisposto un progetto di ricerca e di valutazione sul metodo "self empowerment" applicato al trattamento di pazienti in sovrappeso e obesi con la collaborazione del CEFORMED. Tale progetto -studio osservazionale su n. 80 persone di primo ingresso- è stato presentato al Comitato Etico per il parere e la necessaria autorizzazione. La collaborazione con il CEFORMED con il monitoraggio "di 80 nuovi casi" proseguirà per tutto il 2012.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Il Protocollo regionale"Progetto per il Centro Regionale per la Riabilitazione dei DCA" non è ancora stato definito

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nota: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Predisporre un piano di completamento della rete dei CSM 24h.	Stesura di un piano pluriennale con definizione dei livelli di fattibilità, dei tempi, dei luoghi e delle risorse

	necessarie alla realizzazione.

Attuazione al 31.12.2011

Nel corso del 2011 sono stati valutati i livelli di fattibilità e i tempi di realizzazione nelle sedi distrettuali non ancora aperte sulle 24/h, in particolare:

- per il CSM 24H Cividale, sono proseguite le attività finalizzate alla realizzazione della struttura e sono in corso le trattative con il Comune per l'acquisizione dell'area.
- per i CSM 24H di Codroipo e di Tarcento: sono state avviate specifiche iniziative per verificare la fattibilità tecnico-economica della realizzazione delle nuove strutture.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.5 : Materno infantile

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
individuazione di percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica, atti a garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure nella fase di transizione tra l'età evolutiva e quella adulta	Revisione dei percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica già presenti in Azienda, in accordo con i soggetti privati convenzionati

Attuazione al 31.12.2011

- E' stata sottoscritta una nuova convenzione con la "Comunità Piergiorgio"
- E' stata sottoscritta una nuova convenzione con "La Nostra Famiglia"
- E' stato attivato un gruppo di lavoro e un tavolo tecnico per la attuazione del programma di miglioramento dell'appropriatezza dei trattamenti e degli invii come definito con la convenzione con l'IRCCS "La Nostra Famiglia"

E' stato effettuato un monitoraggio integrato dell'attività delle EMT, della NPIA e della N. Famiglia.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	Partecipazione al 100% delle attività promosse dalla DCSISSePS per la stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Attuazione al 31.12.2011

E' stata garantita la partecipazione a tutte le attività promosse a livello regionale. Il gruppo ha prodotto il documento richiesto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	Partecipazione al programma regionale di screening uditivo neonatale.

Attuazione al 31.12.2011

Dal 01/03/2011 è attivo il Programma regionale di screening uditivo neonatale per tutti i nati presso la Pediatria dell'Ospedale di San Daniele. In attesa della convocazione per partecipare ai programmi regionali per l'integrazione delle attività.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.6: Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipare all'attuazione del processo di ri-autorizzazione secondo le modalità che verranno definite con l'integrazione del DPReg. N. 0333/Pres.	Identificazione e formalizzazione di un referente aziendale per tutte le attività legate al programma di Governo e riqualificazione del sistema residenziale e

del 2008 (Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonché delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, adattamento, trasformazione o trasferimento delle strutture residenziali per anziani e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle relative attività).	semiresidenziale per anziani non autosufficienti

Attuazione al 31.12.2011

E' stato identificato il referente aziendale per le attività connesse al programma regionale.
In relazione alle richieste, si è partecipato alle riunioni indette dalla direzione centrale e Area Welfare. Si è partecipato al forum, promosso dall'Area Welfare, per l'analisi della nuova convenzione regionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipare alla definizione di un sistema regionale e aziendale di monitoraggio e promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani, in particolare: - partecipare alla selezione e identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità; - aderire agli interventi formativi relativamente all'utilizzo degli indicatori selezionati; - aderire agli interventi formativi per la realizzazione di percorsi di audit; - verificare la tenuta degli indicatori selezionati ed impostare un'ipotesi di percorso per il miglioramento della qualità nelle strutture.	- Formazione di n. 1 operatore per Distretto all'utilizzo degli indicatori di qualità definiti e alla realizzazione di percorsi di audit; - Attivazione di un percorso sperimentale di audit per ogni Distretto (con il coinvolgimento in ciascun caso di una struttura residenziale per anziani) nell'ambito delle attività di verifica dell'attuazione delle Convenzioni vigenti tra ASS4 e strutture - Consolidamento e prosecuzione dell'utilizzo dello strumento di incident reporting presso la Casa di riposo di S. Daniele, finalizzato all'impostazione di un percorso di miglioramento della qualità

Attuazione al 31.12.2011

Si è aderito alla formazione promossa dalla Direzione Centrale ed Area Welfare per la formazione di operatori all'utilizzo degli indicatori di qualità e sono stati individuati due nominativi per Distretto. In attuazione alla nota DCSISSePS prot. 7075/SPS/ASOC del 26/09/2011è stata condotta la sperimentazione presso la ASP Cojaniz di Tarcento.
E' proseguito l'utilizzo dello strumento di incident reporting presso la Casa di Riposo di San Daniele

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Monitorare e verificare il sistematico utilizzo dello strumento di VMD Val.Graf–FVG e dei sistemi informatizzati e-GENeSys e SIRA-FVG nelle strutture residenziali per anziani convenzionate del proprio territorio.	- Evidenza dell'utilizzo sistematico delle valutazioni Val.Graf. - Liquidazione del contributo per l'abbattimento retta attraverso report trimestrali trasmessi dalle strutture e prodotti attraverso la specifica funzionalità di SIRA-FVG, fatta salva la disponibilità e l'operatività della funzionalità stessa

Attuazione al 31.12.2011

Gli strumenti vengono utilizzati e implementati in modo sistematico secondo le indicazioni regionali.
Le liquidazioni per l'abbattimento della retta delle Case di Riposo vengono effettuate attraverso report trimestrali prodotti dal sistema SIRA-FVG, tali report vengono verificati con i rendiconti cartacei trasmessi dalle strutture interessate.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Per la fase di avvio dell'attuazione della DGR n. 2326/2010:	- Entro il 31 marzo 2011 tutti i servizi semiresidenziali che hanno presentato domanda entro il 31 gennaio

- censire i servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti esistenti nel territorio di riferimento; - valutare, con il supporto della Direzione Centrale Salute Integrazione sociosanitaria e politiche sociale la sussistenza dei requisiti di cui all'allegato della DGR 2326 del 22.11.2010 dei servizi semiresidenziali che presentano domanda di convenzionamento entro il 31 gennaio 2011; - stipulare convenzioni con i servizi semiresidenziali in possesso dei requisiti previsti sulla base dello schema tipo regionale; - garantire, a partire dal convenzionamento, la valutazione in sede di UVD dei nuovi accolti dal servizio semiresidenziali con lo strumento di VMD Val.Graf. – FVG; - garantire l'erogazione dei contributi regionali previsti per l'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza secondo le modalità definite nell'ambito della convenzione tipo; - comunicare alla DCSISSePS le domande di convenzionamento pervenute successivamente al 31 gennaio 2011 ai fini della compatibilità della spesa.	2011 e in possesso dei requisiti previsti sono convenzionati; - Tutti i nuovi accolti nei servizi semiresidenziali per anziani sono valutati con lo strumento di VMD Val.Graf. – FVG in sede di UVD a partire dal convenzionamento.
Attuazione al 31.12.2011 - Sono state sottoscritte le convenzioni secondo la tempistica e le modalità definite (DDG n. 157 dd. 31/03/2011.) - Tutti i nuovi ingressi nelle strutture convenzionate vengono valutati attraverso la procedura Val.Graf	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.7 - Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF a supporto della presa in carico integrata delle persone con disabilità	
Obiettivo aziendale: L'ASS4 proseguirà nell'impegno di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con malattie croniche e con disabilità utilizzando metodologie e strumenti basati su ICF ed opererà attraverso operatori opportunamente formati	**Risultato atteso:** Utilizzando la "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" e l'applicativo predisposto ad hoc dalla Regione (con la finalità di definire o aggiornare il progetto personalizzato di intervento) valutazione di: a) un numero di casi tra 20 e 30 in totale, di cui: - almeno al 5% dell'utenza già inserita in strutture residenziali a gestione diretta (corrispondente a min 3 casi); - tutti i casi per i quali viene autorizzato il primo ingresso nel segmento di offerta residenziale e/o semiresidenziale per persone con disabilità (per un massimo di 7 casi, in relazione alle segnalazioni), in collaborazione con il gruppo tecnico dei Servizi dell'handicap; - almeno 20 casi in carico ai Distretti in età evolutiva e di età superiore ai 65 anni ad eventuale completamento della casistica totale. b) un numero di 5 casi per ciascuno dei Centri di Salute Mentale attivi sul territorio aziendale, contribuendo al raggiungimento del target

	assegnato a livello di Area vasta (totale di 50 casi in carico ai DSM delle ASS 3, ASS 4, ASS 5) L'attività di valutazione sarà completata fatta salva la formazione degli operatori coinvolti, coordinata a livello regionale dal CCOMS (come indicato da nota post-negoziazione della DCSISSePS). NB: per tutti i casi è presente il consenso al trattamento dei dati personali.

Attuazione al 31.12.2011

Gli operatori coinvolti nel progetto hanno partecipato agli incontri formativi relativi all'utilizzo della scheda di valutazione e all'applicativo ICF.

Tutti gli utenti reclutati secondo i criteri concordati (30 utenti comprendenti sia casi già inseriti in strutture residenziali e/o semiresidenziali per persone con disabilità, sia casi per cui viene autorizzato il primo ingresso in strutture per disabili, sia casi in età evolutiva, sia adulti in carico ai distretti) sono stati valutati utilizzando la scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF e i dati raccolti sono stati registrati mediante l'applicativo predisposto dalla Regione.

Sono stati inoltre valutati e inseriti nell'applicativo informatico tutti i 30 casi in carico ai sei CSM del DSM.

Tutti gli utenti hanno dato il consenso al trattamento dei dati personali.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
acquisire conoscenze epidemiologiche del fenomeno, evidenziare le criticità dei percorsi assistenziali e ridefinirli	documento di analisi delle modalità di presa in carico dell'utenza adulta sia dal punto di vista degli strumenti utilizzati che delle professionalità impiegate

Attuazione al 31.12.2011

Nel 2011 è stato realizzato un documento sintetico del sistema indagato, demandando un'analisi più approfondita all'attuazione dei Piani di Zona specificatamente alle linee relative all'area della disabilità.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.8 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Evidenza delle tipologie e delle quote degli appalti di fornitura di beni e servizi riservati e/o appaltati alla cooperazione di inserimento lavorativo	Almeno il 2% dell'importo complessivo degli affidamenti a terzi delle forniture di beni/servizi (corrispondente ad un valore complessivo presunto di 1.300.000€) è appaltato alla cooperazione sociale di inserimento lavorativo.

Attuazione al 31.12.2011

Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.

In relazione al risultato atteso, nel corso dell'anno 2011 ha avuto avvio l'esecuzione dei seguenti appalti nel cui ambito sono stati affidati alle cooperative di inserimento lavorativo i seguenti servizi:

- Servizi assistenziali a favore di persone disabili, ivi compresi servizi di pulizia e sanificazione dei locali e di accompagnamento e trasporto nelle strutture diurne e residenziali (servizi di pulizia e trasporto svolti da cooperative sociali, rispettivamente COSM e Dinsi Une Man, per un valore annuo di circa € 1.400.000,00).

Sono inoltre continuati ad essere svolti nel corso dell'anno 2011 i seguenti servizi da parte di cooperative di inserimento lavorativo:

- servizi mortuari presso Ospedale di San Daniele (Coop Noncello, valore anno circa € 150.000,00)
- servizio di lavaggio stoviglie, pulizie e disinfezione attrezzature e ambienti presenti in cucina, mensa, dispensa delle strutture sanitarie dell' A.S.S. n. 4 Medio Friuli (COSM in ATI con GSA, valore annuo circa € 280.000,00)
- servizio cinovigli (COSM, valore anno € 40.000)

Infine è proseguito il servizio di "realizzazione di progetti terapeutici personalizzati nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale" affidato all'ATI COSM, 2001 coop. Sociale, Televita per un importo annuo di circa € 4.300.000,00	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Evidenza dell'entità economica delle convenzioni stipulate con le cooperative sociali di inserimento lavorativo ai sensi dell'art.5 della legge 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, evidenziandone i contenuti secondo lo schema di convenzione tipo previsto dall'art.23 della LR 20/2006.	**Risultato atteso:** Mantenimento per l'esercizio 2011 dell'importo degli affidamenti al 31/12/2010 di forniture di beni/servizi attraverso convenzioni con le cooperative sociali (ai sensi dell'art.5 della legge 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, redatte secondo lo schema di convenzione tipo previsto dall'art.23 della LR 20/2006)
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso dell'anno 2011, come nel precedente anno 2010, è proseguita la convenzione in essere con il COSM Consorzio Operativo per la Salute Mentale di Udine, stipulata ai sensi della normativa sulle cooperative sociali sopra richiamata, per lo svolgimento dei seguenti servizi: - pulizie, aree verdi, barbiere, facchinaggio mantenendo lo stesso importo annuo complessivo di spesa.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate tra i criteri di valutazione delle offerte nelle procedure di gara per l'affidamento delle forniture di servizi economali	**Risultato atteso:** In sede di stesura delle Norme di partecipazione alle procedure di gara indette dal D.S.C. viene proposto l'inserimento (tra i criteri di valutazione delle offerte) della presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso dell'anno 2011 sono state indette le seguenti procedure di appalto con la specifica previsione tra i criteri di valutazione l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate: - servizio per la gestione e la manutenzione full-risk degli ausili di cui al DM 332/99 consegna ausili (ID11SER001) - servizio di lavaggio stoviglie, pulizie e disinfezione attrezzature e ambiente presenti in cucina (ID11SER002)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

2.5 Sistema informativo

Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: Introdurre la prescrizione elettronica presso MMG e PLS e abbandonare progressivamente l'uso della impegnativa rossa contestualmente alla estensione del progetto "Medici in Rete" (DPCM 26-03-2008)	**Risultato atteso:** Sperimentazione della prescrizione elettronica per le prestazioni ambulatoriali e di farmaci per i MMG e i Farmacisti che aderiscono al progetto su base volontaria
Attuazione al 31.12.2011 E' stata garantita la partecipazione alle attività regionali; in assenza di indicazioni da parte della Direzione Regionale Competente non si è potuto procedere all'avviamento.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	
Obiettivo aziendale: Le aziende proseguono nella diffusione della	**Risultato atteso:** - Sperimentazione della prescrizione elettronica per le

prescrizione elettronica in tutte le strutture erogatrici	prestazioni ambulatoriali in almeno 2 unità eroganti. - Almeno il 30% delle strutture di ricovero firma digitalmente la lettera di dimissione dal 01/06/2011
Attuazione al 31.12.2011 Avviata sperimentazione prescrizione elettronica per le prestazioni ambulatoriali presso le seguenti unità eroganti: Centro di Prevenzione Cardiovascolare, ambulatori e sala gessi della S.O.C. Ortopedia dell'ospedale di San Daniele. Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS (vedi linea: 3.4.5.2)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO Nota: Il secondo risultato atteso è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.5.2: Firma digitale	
Obiettivo aziendale: Consolidamento dell'utilizzo della firma digitale	**Risultato atteso:** Completamento dell'avvio della firma digitale dei referti ambulatoriali per tutte le unità operative in cui è consolidato l'uso del G2-clinico, presso l'Ospedale di San Daniele e l'IMFR Gervasutta.
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso dell'anno sono state consolidate le procedure di gestione della carta operatore e della firma digitale nonché l'aggiornamento hardware dei posti di lavoro. Entro l'anno si è completato l'avvio della firma digitale dei referti ambulatoriali per tutte le unità operative, in cui è consolidato l'uso del G2-clinico, sia presso l'Ospedale di San Daniele che l'IMFR Gervasutta.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Le aziende estendono l'utilizzo della firma digitale alla lettera di dimissione.	**Risultato atteso:** Firma digitale della lettera di dimissione in almeno il 30% delle unità organizzative delle strutture di ricovero.
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.3: Privacy	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario.	**Risultato atteso:** Sperimentazione del consenso per singolo evento sanitario per le prestazioni di laboratorio secondo le indicazioni e la pianificazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.4: Gestione operatori	
Obiettivo aziendale: Semplificare e uniformare la gestione degli utilizzatori dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell'accesso alle informazioni.	**Risultato atteso:** Sperimentazione del nuovo applicativo per la gestione unitaria di tutti gli utilizzatori dei sistemi sanitari integrata secondo le indicazioni e la pianificazione.

Attuazione al 31.12.2011 Garantita la partecipazione alle attività regionali; in assenza di indicazioni da parte della DCSISSePS competente non si è dato corso all'avviamento.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO Nota: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.5.6: Portale del cittadino	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso del portale del cittadino alla prenotazione delle prestazioni presenti nelle prescrizioni elettroniche.	**Risultato atteso:** - Viene reso disponibile il servizio di prenotazione delle prescrizioni elettronica sul portale del cittadino. - Viene sperimentato il sistema di pagamento attraverso il portale del cittadino delle prestazioni prenotate.
Attuazione al 31.12.2011 - Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS. - Conclusi gli interventi propedeutici (accordo con istituti di tesoreria, avvio canale di pagamento online, configurazione delle prestazioni pagabili online) alla sperimentazione del sistema di pagamento attraverso il portale del cittadino delle prestazioni prenotate, nel corso del prossimo anno verrà pubblicato il servizio ai cittadini contestualmente all'avvio delle casse automatiche di riscossione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.5.7 : Farmacie in rete	
Obiettivo aziendale: Avviare il processo di riorganizzazione dei flussi informativi relativi alle prescrizioni elettroniche dei farmaci per arrivare alla dismissione del servizio di lettura ottica delle prescrizioni.	**Risultato atteso:** - Coinvolgimento delle farmacie nel processo regionale di revisione dei sistemi informativi per l'adeguamento alla gestione elettronica delle prescrizioni. - Sperimentazione della consegna referti di laboratorio presso le farmacie che aderiscono all'iniziativa. - Ampliamento della prenotazione delle prestazioni in farmacia.
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.5.8: Qualità della cura **Linea n. 3.4.5.9: Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza**	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso di sistemi informatici a tutti gli ambulatori e a tutti i reparti.	**Risultato atteso:** - Avvio dell'ADT presso tutte le strutture di ricovero e presso le RSA aziendali; - Consolidamento dell'order entry per le richieste interne presso l'ospedale di San Daniele del Friuli e l'IMFR Gervasutta. - Avvio del modulo "piani terapeutici" in altre strutture

	del Dipartimento di Salute Mentale e presso una struttura di ricovero.
Attuazione al 31.12.2011 - Avvio ADT sospeso da parte di INSIEL. - Consolidato l'utilizzo dell'Order Entry in particolare per le prestazioni di laboratorio delle unità eroganti insediate nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine. - Avviato modulo Magazzino di reparto in seguito centralizzazione magazzini, sospeso avvio piani terapeutici in accordo indicazioni DSC.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: Il risultato atteso 1-3 è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.10 : PACS	
Obiettivo aziendale: Attivazione del sistema PACS aziendale, in coerenza con il cronoprogramma di progetto.	**Risultato atteso:** a) Provvedere alla realizzazione delle precondizioni logistico/infrastrutturali ed impiantistiche b) In coerenza con il cronoprogramma del progetto regionale e per quanto di competenza, garantire ogni collaborazione al gruppo di progetto DSC e ogni supporto necessario nella fase di installazione del sistema PACS aziendale e favorire le fasi di avvio e di messa a regime del sistema stesso.
Attuazione al 31.12.2011 – Conclusi gli interventi di adeguamento logistico/infrastrutturali ed impiantistici. – Garantita la partecipazione e la collaborazione alle attività del gruppo di progetto DSC.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.14 : Sistemi informativi territoriali per la disabilità	
Obiettivo aziendale: Proseguire l'attività di rinnovamento dei sistemi per la disabilità e le malattie croniche.	**Risultato atteso:** Sperimentazione secondo la pianificazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011 Attività sospesa in attesa di indicazioni regionali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: l'obiettivo è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n. 3.4.5.15 : Sistema del Sociale	
Obiettivo aziendale: Partire dalla attuale cartella sociale per arrivare al "Sistema del Sociale".	**Risultato atteso:** Avvio delle attività nell'ambito distrettuale di S. Daniele secondo la pianificazione regionale
Attuazione al 31.12.2011 Il database attualmente in dotazione è stato implementato secondo la tempistica e le indicazioni regionali	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.17 : Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale: Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso:** - Implementazione del nuovo sistema "giuridico del personale" secondo pianificazione regionale. - Avvio del portale "self service" del dipendente.

Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"

2.6 Obiettivi di carattere aziendale

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamenti e logistica	**Risultato atteso:** Entro tre mesi dall'attivazione del buffer di farmacia da parte di INSIEL, l'Azienda entra nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche, avendo preventivamente avviato in particolare l'applicativo "Magazzino di Reparto" in tutte le unità operative per le richieste di farmaci, beni sanitari e non sanitari.
Attuazione al 31.12.2011 L'Azienda a far data 17.10.2011 ha dato avvio all'approvvigionamento di tutti i beni (farmaci, beni sanitari e non sanitari) attraverso il Magazzino centralizzato del DSC attraverso l'utilizzo dell'applicativo "Magazzino di Reparto" in tutte le unità operative dell'Azienda. Nel mese di dicembre 2011, inoltre, ha dato avvio all'utilizzo del buffer di farmacia (presso la SOC Assistenza Farmaceutica e la SOS Farmacia Ospedaliera) per la distribuzione di farmaci alle strutture aziendali in forma urgente.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.6.1 Centro di riferimento regionale per la promozione e facilitazione della comunicazione in soggetti con grave disabilità comunicativa e motoria degli arti superiori	
Obiettivo aziendale: Mantenere i livelli di attività del Centro regionale	**Risultato atteso:** Proseguire l'attività di valutazione, prova e prescrizione degli ausili, fatto salvo il finanziamento regionale delle stesse
Attuazione al 31.12.2011 L'attività è proseguita regolarmente. La relazione del mantenimento dell'attività del Centro Regionale è stata rendicontata e trasmessa con nota prot 18072/C dd 02/03/2012.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.6.2 Richieste informatizzate da reparto "Magazzino di Reparto" e Manager degli acquisti	
Obiettivo aziendale: Completamento dell'avvio del magazzino unico	**Risultato atteso:** Avvio dell'applicativo "Magazzino di Reparto" in tutte le unità operative per le richieste di farmaci, beni sanitari e non sanitari.
Attuazione al 31.12.2011 L'Azienda a far data 17.10.2011 ha dato avvio all'approvvigionamento di tutti i beni (farmaci, beni sanitari e non sanitari) attraverso il Magazzino centralizzato del DSC attraverso l'utilizzo dell'applicativo "Magazzino di Reparto" in tutte le unità operative dell'Azienda.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.6.3 Monitoraggio costi di conduzione SISSR	
Obiettivo aziendale: Monitoraggio costi di conduzione SISSR	**Risultato atteso:** Rispetto dei parametri di budget.
Attuazione al 31.12.2011 Visto l'attuale assetto per la gestione del piano di conduzione SISSR, la linea è stata stralciata in quanto non più di competenza Aziendale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: l'obiettivo è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.6.4 Sportello decentrato Anagrafe sanitaria e CUP	
Obiettivo aziendale: Decentramento sportelli anagrafe sanitaria e CUP.	**Risultato atteso:** Estensione dei servizi ad almeno altri 2 comuni.
Attuazione al 31.12.201 Avviato la gestione degli sportelli anagrafe decentrata presso tutte le Circoscrizioni del Comune di Udine.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.6.5 Diffusione utilizzo documenti informatici e PEC	
Obiettivo aziendale: Adempimenti normativi in tema di Codice dell'Amministrazione Digitale.	**Risultato atteso:** La corrispondenza interna alle strutture aziendali avviene attraverso modalità informatiche.
Attuazione al 31.12.2011 Concluse le attività propedeutiche alla gestione dei documenti informatici e PEC, utilizzo della PEC nell'AOO del protocollo e iniziato l'avviamento della gestione flussi presso le strutture amministrative dell'azienda (Gestione Economico Finanziaria), nel corso del 2012 la procedura verrà estesa a tutte le strutture aziendali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.6.6 Controlli dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali delle strutture pubbliche e private	
Obiettivo aziendale: Conseguire, sia per i soggetti pubblici che per quelli privati modalità più omogenee e confrontabili per quanto riguarda la scelta del setting assistenziale e le modalità di codifica delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.	**Risultato atteso:** Riduzione dei ricoveri inappropriati, riduzione degli accessi dell'utenza, maggiore efficacia delle prestazioni erogate.
Attuazione al 31.12.2011 E' stato definito un Piano attuativo, costituito il gruppo di lavoro, effettuato un evento formativo di Area vasta.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.6.7 Residenzialità per anziani con problemi di salute mentale	
Obiettivo aziendale: avviare una sperimentazione a favore dell'utenza anziana del Dipartimento di Salute Mentale, integrativa/alternativa alla istituzionalizzazione.	**Risultato atteso:** - definizione del fabbisogno di offerta - attivazione della residenzialità - definizione delle modalità gestionali - avvio della sperimentazione
Attuazione al 31.12.2011 E' stato realizzato uno studio di fattibilità finalizzato alla definizione del fabbisogno (8-10 posti) e delle modalità organizzativo-gestionali del servizio; è stato individuato il soggetto privato erogatore del servizio in convenzione. E' stata attivata la sperimentazione "residenzialità per utenti anziani e con altre disabilità importanti del DSM"	

presso la Struttura per Anziani gestita da Sereni Orizzonti di Risano con l'inserimento di 7 utenti a partire dal 20/06/2011. Con il 4/07/2011 è stata inserita un'altra paziente (lungo-assistita e già ricoverata presso l'ex OPP di Udine), portando ad 8 il numero delle persone inserite.
I criteri di inclusione del progetto erano:
a) situazione di lungo assistenza
b) necessità di percorsi assistenziali stabilizzati sui bisogni
c) non possibilità di dimissione e/o inserimento in altre situazioni (domicilio, case di riposo, ecc.)
d) condizioni economiche adeguate per compartecipazione alla spesa
e) disponibilità/adesione personale al progetto, condivisione dei famigliari e dei Tutori/Amministratori di sostegno.
Il DSM ha affiancato stabilmente al gruppo "Risano" un operatore con lo strumento del "progetto terapeutico personalizzato – PTP di bassa intensità" che ha accompagnato le persone coinvolte e aiutato il personale della struttura nella conoscenza delle modalità di comunicazione e relazione.
A sei mesi la sperimentazione può essere valutata positivamente, le persone NON hanno perduto le abilità, si sono ben inserite nella struttura, buona la relazione con il personale e gli altri ospiti. Le modalità gestionali sono state periodicamente verificate direttamente attraverso visite (anche non programmate) in struttura e anche attraverso riunioni con la Referente di SO. Il Servizio alberghiero è risultato eccellente, soddisfazione viene espressa dalle ospiti (tutte donne) e dai famigliari. Per le persone più anziane questa "soluzione residenziale" è risultata adeguata e anche migliorativa con qualche "criticità" evidente per due persone (più giovani) "a cui pesa" l'isolamento della Comunità (fuori dal circuito cittadino). Alcune (due episodi) criticità sono state affrontate – immediatamente alla segnalazione - dall'equipe del CSM di Udine SUD, che comunque si reca UNA volta la settimana per monitorare l'andamento dei progetti di cura e assistenziali. Al momento la "migliore" sistemazione assistenziale e, soprattutto, alberghiera, "contiene" la mancanza dei luoghi conosciuti della città.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.6.8 Attuazione della sperimentazione gestionale sulle case di riposo in rapporto all'utilizzo dei posti letto in attuazione della L.R. 10/97

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Miglioramento della presa in carico degli ospiti attraverso l'attivazione di servizi aggiuntivi o sperimentali che favoriscano il mantenimento dei livelli di autonomia nell'ambito di quanto previsto dall'art. 13 comma 2 della LR 10/97.	- Elaborazione di un progetto che preveda l'analisi degli attuali fabbisogni assistenziali e sanitari, quantificando l'impatto economico degli interventi necessari a soddisfarli. - Sperimentazione del modello gestionale in alcune strutture ad utenza diversificata.

Attuazione al 31.12.2011
Effettuate le analisi preliminari, raccolti i dati ed elaborata una simulazione economica dell'impatto degli interventi.
La sperimentazione non è stata avviata in attesa di ulteriori decisioni sul processo di riclassificazione..

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.6.9 Progetto di fattibilità per la realizzazione del nuovo Distretto di Udine

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Verificare la fattibilità e la copertura finanziaria della realizzazione della nuova sede distrettuale di Udine nell'area dell'ex-caserma Piave.	Conclusione dello studio di fattibilità entro il 30/09/2011.

Attuazione al 31.12.2011
Completata la redazione della studio di fattibilità in data 23.12.2011, composto dai seguenti elementi: Verifiche preliminari, Analisi dello stato di fatto, Verifica delle necessità, Analisi dell'area in cui si prevede la nuova edificazione (ex caserma Piave), Proposta tecnico-funzionale per la realizzazione del nuovo Distretto, Valutazione economica dell'operazione.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 4.2 – Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011 Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici sono corredati dalla relazione sanitaria, elemento essenziale al fine di ottenere il parere favorevole del NVESS e del Dipartimento di Prevenzione. Tutti i progetti recepiscono le indicazioni contenute nelle relazioni sanitarie in termini di dotazioni di spazi, di arredi e attrezzaggi, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, ovvero per il trasferimento temporaneo delle attività, ecc. Tra gli interventi in corso inseriti nella programmazione aziendale non si rilevano casistiche che comportino modifiche in termini di costi di gestione e di personale rispetto alle attività esistenti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

LINEE PROGETTUALI GESTIONE DELEGATA DELL'HANDICAP

Linea n. 1: Attivazione del centro gravi e gravissimi	
Obiettivo aziendale: Soddisfare, compatibilmente con le risorse assegnate, la domanda - che si prospetta nel corso dell'anno 2011 - di accoglienza semiresidenziale e residenziale di persone disabili in condizione di gravità.	**Risultato atteso:** Attivazione della residenza protetta per gravi e gravissimi con annesso centro diurno.
Attuazione al 31.12.2011 Il 14 aprile è iniziata l'attività del centro diurno – al 31 dicembre 2011 erano presenti 22 ospiti - ed il 15 giugno la residenza protetta – al 31 dicembre erano presenti 13 ospiti- oltre agli accoglimenti di sollievo.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 2: Riorganizzazione offerta residenziale	
Obiettivo aziendale: Diversificare l'offerta dei servizi residenziali, anche in funzione delle mutate necessità delle persone disabili e in collegamento con l'apertura del nuovo Centro per Gravi e Gravissimi.	**Risultato atteso:** Ridistribuzione dell'utenza nei servizi residenziali, con aumento della capacità ricettiva delle strutture, a seguito dell'apertura del nuovo Centro per Gravi e Gravissimi.
Attuazione al 31.12.2011 Il 17 ottobre è stata attivata la struttura di villa Veroi sulle 24 ore, gli ospiti presenti nella struttura sono 13. Il 27 dicembre è stato completato l'ultimo trasferimento programmato, che ha portato il seguente assetto: - residenza sulle 16 ore di Cussignacco 10 ospiti - media complessità; - residenza sulle 16 ore di Carraria Cividale 13 ospiti - media/alta complessità	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3: Riorganizzazione offerta diurna	
Obiettivo aziendale: Rispondere, in raccordo con la rete dei servizi, alle esigenze delle persone con disabilità anche acquisita.	**Risultato atteso:** Presa in carico di nuova utenza con diversificate esigenze in funzione di problematiche riferite a specifiche necessità.
Attuazione al 31.12.2011 E' stata attivata una convenzione con la coop Hattiva (Del 261 - 11/05/2011) per la realizzazione del progetto denominato AIRONI in collaborazione con la SOS Urna per la presa in carico di utenza con cerebrolesioni. E' proseguita la collaborazione per la sperimentazione di progettualità di formazione all' autonomia abitativa a sostegno della domiciliarità (del 275 - 20/05/2011) con l'Associazione la Compagnia dei genitori scatenati. Sono state inoltre attivati progetti personalizzati anche di sostegno al domicilio (del 322 - 09/06/2011, Del 349 17/6/2011, Del 431 - 29/07/2011, Del 509 - 29/09/20111). Sono stati presi in carico 313 utenti nei servizi diurni, con l'esclusione di quelli afferenti all'area di San Daniele.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

LINEE PROGETTUALI GESTIONE DELEGATA SERVIZI SOCIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI DELL'AMBITO DI S. DANIELE DEL FRIULI

Linea n. 1 : Sviluppo di progettualita' sperimentali per la presa in carico integrata	
Obiettivo aziendale Le Aziende per i servizi sanitari proseguiranno nell'impegno di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con malattie croniche e con disabilità utilizzando metodologie e strumenti basati su ICF ed opereranno attraverso operatori opportunamente formati	**Risultato atteso:** Proseguire nella sperimentazione dell'ICF in termini di valutazione e costruzione dei progetti personalizzati in collaborazione con l'ASS 4 così come previsto dalle direttive regionali per ogni Ambito Distrettuale
Attuazione al 31.12.2011 L'attività è proseguita regolarmente, secondo le richieste della Direzione Sanitaria aziendale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 2 : Cartella sociale regionale informatizzata	
Obiettivo aziendale: Implementazione del sistema informativo di ambito attraverso l'utilizzo sistematico della cartella sociale regionale informatizzata	**Risultato atteso:** applicazione del nuovo database predisposto dalla regione, finalizzato al monitoraggio e verifica dell'attività SSC, uso sistematico della reportistica, consolidamento dei processi gestionali.
Attuazione al 31.12.2011 Il database attualmente in dotazione è stato implementato secondo la tempistica e le indicazioni regionali	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3: Miglioramento e potenziamento del servizio di assistenza domiciliare	
Obiettivo aziendale: Garantire la qualità nei servizi esternalizzati	**Risultato atteso:** – Miglioramento dell'efficienza del servizio attraverso l'utilizzo di modalità informatiche di rendicontazione degli interventi – Riorganizzazione del servizio SAD, anche alla luce

	del probabile ampliamento del territorio oggetto di esternalizzazione.
Attuazione al 31.12.2011 E' stato adottato il nuovo sistema informativo per la rendicontazione degli interventi Si è proceduto alla riorganizzazione del servizio SAD.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 4: Sviluppo progetto innovativo sull'affido familiare - famiglie accoglienti	
Obiettivo aziendale: realizzare progetti sperimentali innovativi ed integrati al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie da parte dei Consultori Familiari, così come previsto dal DGR n. 452 del 2008 e in sinergia con le titolarità assegnate all'Ente Locale dal DPR 616/1977 e succ. integrazioni legislative.	**Risultato atteso:** Individuare nuove famiglie e offrire supervisione, supporto tecnico psicologico e pedagogico alle famiglie accoglienti ed integrare ed interfacciare la risorsa delle famiglie accoglienti con la realtà della comunità minori per prevenire il rischio di chiusura e autoreferenzialità della comunità stessa. Sviluppare sinergie con gli ambiti limitrofi per una condivisione più ampia di strategie e risorse. Costruire " buone prassi " per la gestione dei casi d'affido eterofamiliare nel territorio, attraverso la definizione dei ruoli e competenze professionali ed istituzionali.
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso dell'anno si è attuata la formazione a 7 famiglie che si sono rese disponibili a sperimentare un affidamento leggero. In relazione a ciò si sono attivati successivamente 5 progetti personalizzati indirizzati a minori in carico al SSC. Si è inoltre programmato un laboratorio musicale settimanale promosso anch'esso da una famiglia accogliente indirizzato a tre minori.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 5 : Sostenere il ruolo della famiglia nella cura e assistenza della persona disabile – supporto alla domiciliarità	
Obiettivo aziendale: Garantire attività di sollievo alle famiglie che assistono giovani disabili in situazione di gravità.	**Risultato atteso:** Procrastinare le richieste di residenzialità definitiva, garantendo nel contempo alla famiglia interventi di supporto extra domiciliare. Migliorare la QdV dei familiari con compiti di assistenza di giovani con gravissima disabilità neuropsichica.
Attuazione al 31.12.2011 E' stato attivato il prolungamento di orario durante i mesi di giugno e luglio presso l'Atelier di Fagagna. Sono stati accolti nel servizio di agosto, attivato presso il diurno gravi e gravissimi, 4 utenti di San Daniele. Complessivamente sono stati presi in carico 41 utenti presso i centri diurni dell'area sandanielese.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 6 : Consolidamento inserimento lavorativo portatori di handicap	
Obiettivo aziendale: Rafforzamento di strategie per favorire l'inclusione sociale e sostenere l'occupazione delle persone disabili attraverso il potenziamento dell'attività del SIL	**Risultato atteso:** Consolidamento e prosecuzione degli inserimenti lavorativi di persone disabili con supporto di borse lavoro e diversificazione delle aree di inserimento.

secondo le tipologie previste dall'art. 14 ter della LR. 41/96.	
Attuazione al 31.12.2011 Sono stati attivati 26 percorsi.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 7 : Casa di riposo per non autosufficienti di San Daniele del Friuli	
Obiettivo aziendale: Consolidamento delle attività di miglioramento poste in essere nella CdR in attuazione dei processo di riqualificazione secondo gli indirizzi regionali.	**Risultato atteso:** Assestamento dell'offerta assistenziale e alberghiera anche alla luce della nuova procedura di appalto. Consolidamento delle procedure di valutazione Valgraf per i nuovi accessi. Consolidamento del sistema di rendicontazione
Attuazione al 31.12.2011 - Il nuovo appalto è stato avviato a partire dal 01/05/2011 - Tutti gli ingressi vengono valutati attraverso la procedura Val.Graf - Il sistema di rendicontazione SIRA-FVG è alimentato secondo la tempistica e le indicazioni regionali	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA
ASS 4 "MEDIO FRIULI"

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2003				Piano 2004		Piano 2005	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse statali		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	6.335,8	%	1.217,9	%	4.000,0	%	5.011,5	%
Progettazione in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Cantiere in corso	4.000,0	63,1%	1.217,9	100,0%	350,0	8,8%	1.340,0	26,7%
Opera conclusa	2.335,8	36,9%	-	0,0%	3.650,0	91,3%	3.671,5	73,3%
Totale	6.335,8	100,0%	1.217,9	100,0%	4.000,0	100,0%	5.011,5	100,0%

	Piano 2006		Piano 2007		Piano 2008		Piano 2009	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	7.542,3	%	2.550,0	%	4.950,0	%	17.617,0	%
Progettazione in corso	500,0	6,6%	2.200,0	86,3%	3.500,0	70,7%	2.992,0	17,0%
Progettazione conclusa	540,0	7,2%	-	0,0%	310,0	6,3%	300,0	1,7%
Cantiere in corso	3.000,0	39,8%	-	0,0%	1.000,0	20,2%	14.325,0	81,3%
Opera conclusa	3.502,3	46,4%	350,0	13,7%	140,0	2,8%	-	0,0%
Totale	7.542,3	100,0%	2.550,0	100,0%	4.950,0	100,0%	17.617,0	100,0%

	Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	2.385,0	%	15.201,0	%
Progettazione in corso	2.000,0	83,9%	15.151,0	99,7%
Progettazione conclusa	385,0	16,1%	50,0	0,3%
Cantiere in corso	-	0,0%	-	0,0%
Opera conclusa	-	0,0%	-	0,0%
Totale	2.385,0	100,0%	15.201,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					31.12.2010	31.12.2011
Ospedale di S. Daniele Nuovo Padiglione S	2009	15.000,0	giu 2010	ago 2012	2%	17%
Ospedale di Cividale - Padiglione Levante: Ristrutturazione a sede distrettuale	2003	6.794,8	dic 2007	dic 2011	61%	83%
Ospedale di Cividale - Padiglione Levante: Realizzazione di 10 p.l. di assistenza intermedia e post-acuzie	2003	1.217,9	dic 2007	mag 2012	61%	83%
IMFR Gervasutta di Udine - Ristrutturazione e accreditamento - II lotto	2011	13.000,0			-	0%
Fondazione ASS 4 - Morpurgo Hofmann Realizzazione di 15 p.l. di hospice	2003	2.789,4			0%	0%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	197,9	197,9	197,9	*100%*
2007	120,0	120,0	120,0	*100%*
2008	20,0	20,0	20,0	*100%*
2009	3.528,0	3.056,3	3.433,0	*97%*
2010	2.367,0	1.214,4	1.825,0	*77%*
2011	4.000,0	-	2.004,0	*50%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	1.975,8	314,7	336,2	42,0
2007	1.908,8	446,6	966,8	120,8
2008	194,0	61,7	1.749,0	218,6

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
1.171,92	-

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Attrezzaggio piastra operatoria	Ospedale di S.Daniele	2009	130,0	-	in corso	ordinato
Tavoli operatori	Ospedale di S.Daniele	2009	200,0	-	in corso	ordinato
Intensificatore di brillanza	Ospedale di S.Daniele	2009	220,0	-	in corso	ordinato
Telecomandato radiologico (A)	IMFR Gervasutta	2010	440,0	-	in corso	aggiudicato
Attrezzaggio del blocco operatorio (B)	Ospedale S.Daniele	2010	180,0	-	in corso	ordinato
Acquisti per progetto regionale PACS (C)	Varie sedi	2010	250,0	-	in corso	ordinato
Attrezzaggio sala operatoria (B)	Osp. di S.Daniele	2011	350,0	-	-	ordinato
Tavolo telecomandato digitale (A)	Osp. di S.Daniele	2011	400,0	-	-	aggiudicato
Arredo e attrezzaggio distretto e hospice (B)	Cividale	2011	350,0	-	-	da avviare
Ecografi	Osp. di S.Daniele	2011	200,0	-	-	ordinato
Videoendoscopi	Osp. di S.Daniele	2011	100,0	-	-	ordinato
Sistema neurosensoriale	IMFR Gervasutta	2011	200,0	-	-	gara in corso
Attrezzatura per assistenza protesica	Strutture territoriali	2011	100,0	-	-	ordinato
Attrezzature informatiche		2011	600,0	-	-	in corso

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di Area Vasta)	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizione delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31.12.2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, nella seduta di data 27-4-2011, ha definito i Progetti delle funzioni coordinate di Area Vasta contenenti i relativi piani attuativi. I progetti sono stati trasmessi alla Direzione Centrale salute integrazione sociosanitarie e politiche sociali con nota prot. n° 36084/A del 04/05/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema.	**Risultato atteso:** Entro il 30/04/2011 approvazione del Piano attuativo di Area Vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'aera amministrativa: - trattamento previdenziale, - acquisizione del personale, - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari, - fiscalità, - recupero crediti, - controllo sulle esenzioni ticket.
Attuazione al 31.12.2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, in data 27.04.2011, ha definito il Piano di Riorganizzazione Gestionale che è stato trasmesso alla DCSISSePS con nota prot. n° 36084/A del 04.05.2011. Inoltre, sulla base di quanto indicato dalla Giunta con propria delibera n. 1720 del 23-9-201 (modifiche al Patto tra Regione e Direttore generale), il Direttore generale dell'ASS4 in qualità di coordinatore delle Aziende di Area vasta Udinese, ha inviato la nota 97773/A del 31.12.2011 avente per oggetto: "DGR n. 597 del 8.04.2011 così come modificata dalla DGR n. 1720 del 23.09.2011. - Progetto di riordino delle funzioni amministrative e di supporto dell'Area Vasta Udinese".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa	
Obiettivo aziendale: Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta udinese per l'anno 2011.	**Risultato atteso:** - Evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla DGR 288/2007 per singola Azienda e per Area Vasta. - E' disponibile sui siti aziendali il monitoraggio periodico dei tempi d'attesa di Area Vasta.
Attuazione al 31.12.2011 – Sono state regolarmente effettuate le rilevazioni regionali nelle giornate indice di aprile, luglio, ottobre 2011 e gennaio 2012. Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2011, per	

tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi. In occasione dei monitoraggi trimestrali, è stato elaborato un breve resoconto di AVUD con evidenza delle prestazioni con tempi tendenzialmente critici e/o con numerosi pazienti in attesa allo scopo di rappresentare la situazione ai Direttori Sanitari dell'AVUD. In occasione della rilevazione regionale del mese di luglio, è stato predisposto un modello di report direzionale con il quale vengono rappresentate, per ogni prestazione tracciante, le seguenti informazioni:

- n° di sedi in cui vengono erogate in AVUD secondo i PAL/PAO,
- n° complessivo di utenti in attesa
- n° sedi in cui vengono rispettati i tempi, comprese le classi di priorità, ove previste;
- i volumi erogati dalle strutture pubbliche e private nel 2010,
- la stima 2011 calcolata sull'erogato a maggio 2011;
- il delta % della produzione rapportando i periodi gennaio-maggio 2010/gennaio-maggio 2011.

Si rinvia alla parte relativa ai volumi è data puntuale evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla programmazione aziendale.

– Sul sito aziendale sono stati pubblicati i monitoraggi dei tempi d'attesa di Area Vasta Udinese a partire dalla giornata indice di aprile 2011 nella sezione dedicata ai Tempi d'attesa

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta per l'anno 2011.	L'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta. Fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010).

Attuazione al 31.12.2011

Sono state regolarmente effettuate le rilevazioni regionali nelle giornate indice di aprile, luglio, ottobre 2011 e gennaio 2012.

Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2011, risulta che per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi e non si sono quindi riscontrati sfondamenti.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.2 Semplificazione delle prescrizioni specialistiche

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Applicare modalità condivise tra medici prescrittori e medici specialisti per semplificare le prescrizioni di prestazioni specialistiche.	Realizzazione del consensus sul documento relativo alla semplificazione delle prescrizioni specialistiche, predisposto nel 2010.

Attuazione al 31.12.2011

Il gruppo tecnico interaziendale che si occupa dei tempi d'attesa in Area Vasta ha redatto nel corso del 2010 una prima stesura del documento riguardo le modalità e la tempistica di prescrizione delle prestazioni specialistiche, come indicato dalla DGR n. 288/2007 e dalla L.R. n. 7/2009. Nel 2011 il documento è stato sottoposto all'attenzione delle Direzioni sanitarie aziendali ed è stato oggetto di un esame preliminare della Commissione per l'Integrazione Medicina Territorio/Medicina Ospedaliera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Udine.

Le Direzioni sanitarie dell'AVUD hanno identificato i professionisti per la partecipazione alla riunione di consenso sul documento, individuandoli tra Medici di Medicina generale, Medici specialisti e medici con ruoli di responsabilità nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Il giorno 23 marzo 2011 si è tenuta una riunione di consenso, con la partecipazione di professionisti delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Udinese, riguardo il documento sulla semplificazione delle prescrizioni specialistiche, che è stato successivamente adottato con decreto del Direttore generale n. 248 del giorno

26.05.2011 "DGR n. 2384 del 25.11.2010 Linee per la gestione del SSR 2011: linea per la programmazione 3.4.1.2 "Semplificazione delle prescrizioni specialistiche". Adozione del documento "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni specialistiche".
Il documento è stato successivamente distribuito alle strutture aziendali e ai professionisti interessati ed è stato pubblicato sul sito aziendale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.3 Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/ prenotazione/ gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Adeguare e uniformare le modalità operative per la prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nell'Area Vasta.	Ogni Azienda predispone un report che evidenzi gli esiti della verifica da trasmettere ai prescrittori.

Attuazione al 31.12.2011
Con decreto del Direttore generale n. 249 del giorno 26.05.2011 è stato adottato il documento di Area Vasta Udinese "Sistema di accessibilità dei pazienti alle cure specialistiche in regime ambulatoriale", comprensivo del "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali", precedentemente presentato e sottoposto a valutazione in occasione di incontri di Area Vasta Udinese con i referenti CUP e Call Center, con i rappresentanti degli UDMG e degli erogatori privati. Nel mese di giugno 2011 sono stati organizzati incontri formativi/informativi sui contenuti del documento rivolti agli operatori degli sportelli CUP, delle segreterie di reparto delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese.

Completata la fase di adozione e diffusione dei documenti relativi al "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali" ed al "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni ambulatoriali", sono state organizzate e portate a termine due analisi campionarie con la raccolta di ricette presso tutte le strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese nelle seguenti giornate:

- 4 e 5 luglio per le prestazioni di visita cardiologica, visita neurologica, visita oculistica, ecografia addome, EGDS e colonscopia;
- 29 agosto – 2 settembre per la prima visita e i controlli delle specialità oculistica, cardiologia e neurologia.

I risultati del primo campionamento (872 ricette campionate) sono stati elaborati e commentati nel documento "Verifica in Area Vasta delle prescrizioni per alcune prestazioni specialistiche prioritarizzate", presentato ai Direttori sanitari e successivamente ai responsabili dei Distretti dell'Area Vasta Udinese, durante il quale sono stati illustrati anche i primi dati di confronto con il 2° campionamento (1891 ricette esaminate) e ai responsabili delle SOC dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Udine.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.4 Prescrizione elettronica e prenotazione on-line

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
	Si rimanda alla scheda della "Linea n. 3.4.5.1 : Prescrizione elettronica".

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Individuare la procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti".	– Le Aziende applicano la procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti" entro il 15 aprile per la visita cardiologica ed entro il 30 giugno per le ecografie addominali. – eventuali prescrizioni delle prestazioni soggette al rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7, senza l'esplicitazione del criterio di

	priorità, sono comunque vincolate all'erogazione entro 120 giorni.

Attuazione al 31.12.2011

Con delibera del DG n. 56 del 08/02/11 "Art. 12 L.R. 7 del 26.03.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei Tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale": modifica dei tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità P (programmata) per le prestazioni di visita cardiologica ed ecografia addominale" la Direzione dell'A.S.S. 4 ha dato disposizione alle strutture pubbliche e private accreditate di modificare il tempo massimo d'attesa delle prenotazioni in classe P per le prestazioni individuate dalle Linee di Gestione del SSR 2012 (visita cardiologica ed ecografia addominale).

Il percorso di definizione della procedura da attivare in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti ha previsto il coinvolgimento di uffici interessati per gli aspetti burocratico-amministrativi e contabili (Politiche del Territorio, Gestione Economico-finanziaria, direzione CUP, URP).

Si è preventivamente dato seguito alla visualizzazione "allargata" in tutta l'Area Vasta Udinese delle agende di prenotazione per le due prestazioni individuate dalla procedura.

La procedura, adottata con decreto del Direttore generale n. 175 del giorno 11.04.2011 "L.R. 7 del 26.03.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei Tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale", art. 12 "Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni": adozione della "Procedura per mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti in Area Vasta Udinese", ha validità per tutta l'Area Vasta Udinese e viene attivata dal personale degli sportelli CUP qualora non sia possibile garantire in alcuna sede dell'Area Vasta Udinese i tempi massimi d'attesa per le prestazioni di visita cardiologia ed ecografia addominale, prescritte con priorità B (10 gg) e P (120 gg). La delibera è stata distribuita alle strutture private accreditate, alle strutture aziendali, ai MMG/PLS. Gli operatori degli sportelli CUP delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese sono stati formati sulla nuova procedura in occasione di incontri nel mese di giugno (vedasi linea 3.4.1.3).

Il documento è disponibile per la consultazione sul sito aziendale alla sezione Tempi d'attesa.

Nel corso del 2011 non è stato necessario ricorrere alla procedura.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.6 Libera professione	
Obiettivo aziendale: Verifica del rapporto tra attività istituzionale e libera professione ed aggiornamento dei regolamenti aziendali della libera professione.	**Risultato atteso:** Presso le Aziende territoriali sono disponibili i regolamenti aggiornati riguardo la libera professione intramuraria.

Attuazione al 31.12.2011

Il regolamento aziendale è stato adottato con decreto del Direttore Generale n. 453 del 30.10.2007. Nel corso del 2011 sono stati analizzati i regolamenti vigenti in area vasta.

L'evoluzione normativa in materia di libera professione (cfr. d.l. 29.12.2010 nr. 225, d.p.c.m. 25 marzo 2011, d.l. 29.12.2011, n. 216) ha però di fatto creato un quadro di riferimento non stabile e comportato conseguentemente l'impossibilità di definire nei tempi previsti una bozza di regolamento.

Il rapporto attività intramuraria/attività istituzionale viene monitorato periodicamente, attestando il rispetto dell'indicatore entro i limiti previsti dal Risultato atteso.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.7 Criteri di priorità	
Obiettivo aziendale: Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità di Area Vasta	**Risultato atteso:** 1. Adeguamento delle agende di prenotazione per la chirurgia vascolare e la visita pneumologica. 2. Definizione dei criteri di priorità per le nuove prestazioni individuate. 3. Realizzazione dell'iniziativa di consensus per la definizione dei criteri di priorità per la chirurgia

	vertebro-midollare.

Attuazione al 31.12.2011

1. I criteri di priorità per la visita di chirurgia vascolare e pneumologia, già adottati nel 2010, sono stati applicati alle agende di prenotazione dell'Area Vasta Udinese a partire dal mese di luglio 2011 e ne è stata data comunicazione ai MMG/PLS ed alle strutture aziendali.
2. Il documento relativo ai criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare, proposto dalla struttura operativa di Chirurgia Vertebro-midollare dell'AOUD, è stato sottoposto in data 16 giugno 2011 all'approvazione da parte degli specialisti interessati (neurologi, ortopedici e fisiatri) e ai rappresentanti dei MMG/PLS, in occasione di una specifica conferenza di consenso di Area Vasta. Con decreto del Direttore generale n. 411 del giorno 29.09.2011 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi d'attesa per l'Area Vasta udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare" i criteri di accesso sono stati formalmente adottati.
   Con decreto del Direttore generale n. 412 del giorno 29.09.2011 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi d'attesa per l'Area Vasta udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla densitometria ossea" sono stati adottati i criteri di accesso alla densitometria ossea, approvati nel corso di una specifica riunione di consenso di Area Vasta (22/06/2011), alla quale hanno preso parte gli specialisti interessati (oncologi, ginecologi, reumatologi, ortopedici e fisiatri) e i rappresentanti dei MMG/PLS.
3. Nel corso del 2011 è stato nominato un gruppo di lavoro interprofessionale ed interaziendale che ha visto la partecipazione di neurologi, ortopedici, diabetologi, fisiatri e MMG, con il compito di predisporre una prima stesura di criteri di priorità clinica per l'accesso all'elettromiografia. In seguito all'approvazione da parte degli specialisti interessati e dei rappresentanti dei MMG in una specifica riunione di consenso (09/11/11), i criteri sono stati adottati con decreto del Direttore generale n. 523 del giorno 06.12.2011 "Adozione documento "Programmazione 2011 Contenimento dei tempi d'attesa Area Vasta Udinese. Criteri di priorità per l'accesso all'elettromiografia semplice (EMG)"

Nel 2011 si è concluso il percorso relativo all'accesso alla RM della colonna vertebrale con la definizione dei criteri per le patologie osteoarticolari, che integrano quelli approvati precedentemente per la RM dell'encefalo, tronco encefalico e patologie endocanalari della colonna vertebrale. Gli specialisti interessati (neurologi, neurochirurghi, fisiatri, ortopedici, oncologi) e rappresentanti dei MMG, invitati alla conferenza di consenso di Area Vasta (18/10/2011), hanno discusso i criteri e proposto modifiche/integrazioni al documento. Con decreto del Direttore generale n. 578 del giorno 23.12.2011 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi tempi d'attesa per l'Area Vasta Udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla Risonanza Magnetica dell'encefalo, del tronco encefalico e colonna vertebrale"sono stati formalmente approvati i criteri di accesso alla RM in oggetto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità regionali.	Progressivo adeguamento delle agende di prenotazione per le prestazioni prioritarizzate dal livello regionale.

Attuazione al 31.12.2011

Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.

Le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Udinese, attraverso la designazione di professionisti, hanno partecipato al tavolo tecnico regionale per la definizione dei criteri di priorità dell'endoscopia digestiva (vedasi comunicazione del Direttore Generale dell'A.S.S. 4, prot. 41765/A del 24/05/2011).

Non risultano prestazioni prioritarizzate dal livello regionale nel 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"

Linea n. 3.4.2.1 : Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
– Proseguire l'attuazione dei programmi di	– MPR: 90% 1^ dose e 85% 2^ dose, pertosse:

vaccinazioni infantili previsti dal PRP. – Mantenimento/miglioramento delle coperture raggiunte. – Proseguire con le attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.	95% 3 dosi. – Valore atteso minimo 50% per tutte le classi di età target 2008/2009 con 3 dosi di HPV – Rilevare attivamente gli eventi avversi alle vaccinazioni. – Proseguire con le attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale. – Al 31/12/2011 copertura 60% 3 dosi coorte 1995. – Per le classi di età per le quali negli anni precedenti il valore di copertura sia stato <35%, miglioramento di almeno 10 punti percentuali. – Report annuale. – Utilizzo routinario della check list anamnestica informatizzata pre vaccinale (con verifica dal SIR). – Applicazione del regolamento della seduta vaccinale regionale in tutte le sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione. – Partecipare al progetto del PRP di migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio.

Attuazione al 31.12.2011

– MPR 1°dose 91,6 %; MPR 2°dose 91.6 %; pertosse 3 dosi 96,2%
– Per tutte le classi di età target 2008/2009:
  75,8% per 3 dosi nella classe del 1993 (target 2008)
  70,9% per 3 dosi nella classe del 1997 (target 2008)
  68,1% per 3 dosi nella classe del 1994(target 2009)
  69,5% per 3 dosi nella classe del 1998 (target 2009)
– Gli eventi avversi sono regolarmente rilevati, il report è stato prodotto a conclusione dell'anno.
– Coorte 1995 3 dosi: copertura 72.6 %
– Nei primi mesi del 2011 la check list anamnestica risultava solo nel 7% delle vaccinazioni somministrate, a settembre nel 43,26%, con trend in continua crescita, fino ad arrivare a regime nel terzo trimestre dell'anno. Mentre prima dell'introduzione di questo strumento l'anamnesi veniva fatta ma non registrata, attualmente per tutte le vaccinazioni somministrate nell'infanzia e adolescenza viene inserita una scheda nel programma specifico.
– Il regolamento della seduta vaccinale è applicato in tutte le sedi vaccinali.
– E' stata assicurata la partecipazione al gruppo di lavoro regionale. E' stato individuato il componente del gruppo di lavoro regionale e sono stati forniti i contributi richiesti per la ridefinizione dei criteri per l'anagrafe dei malati cronici e la predisposizione di un piano regionale vaccini/protocollo di offerta vaccinale, in collaborazione tra tutti i servizi vaccinali delle sei ASS.
  E' stata realizzata la campagna straordinaria di vaccinazione antipneumococcica attraverso l'invio di 360 lettere (rispondenti e vaccinati 278 bambini). L'introduzione nel calendario vaccinale infantile del Prevenar 13 che fornisce una più ampia copertura sierotipica è stata regolamentata dalla circolare ministeriale DGPREV 24720-P-27/05/2010 che raccomandava l'utilizzo di una dose di Prevenar 13 all'età di 16-24 mesi per i bambini che sono stati vaccinati con tre dosi di Prevenar 7. Sono state svolte le seguenti attività:
  – predisposizione e stampa degli inviti
  – esecuzione della vaccinazione intesa nel suo percorso completo (dal colloquio per il consenso informato alla registrazione dei dati vaccinali).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.2 : Prevenzione Infortuni e Malattie Professionali	
Obiettivo aziendale: Attivare, promuovere azioni di monitoraggio, vigilanza,informazione, formazione anche condivisi con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	**Risultato atteso:** - Monitoraggio di almeno il 20% dei cantieri edili notificati (numero ipotizzato, in base alle notifiche pervenute nel 2010, 149). - Mantenere il numero di cantieri edili vigilati (65). - Partecipare alla stesura di un piano di intervento congiunto interaziendale da proporre all'ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento.
Attuazione al 31.12.2011 – Monitorati 169 cantieri edili. – Vigilati 66 cantieri. – Si è partecipato alla stesura dei documenti regionali che sono stati presentati all'Ufficio Operativo del Comitato Regionale il 02.12.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Proseguire nell'inserimento infortuni gravi e mortali segnalati ai servizi sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione o altra azione elementi di natura prevenzionistica.	**Risultato atteso:** Inserimento di tutti gli eventi occorsi rientranti nella definizione di gravi accaduti tra il 30.09.2010 ed il 30.06.2011 e le cui attività di indagine si siano concluse al 31.12.2011.
Attuazione al 31.12.2011 Inseriti tutti gli eventi rispondenti ai requisiti: 1 evento mortale in edilizia.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Proseguire nell'inserimento malattie professionali segnalati ai servizi sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione od almeno possa individuare elementi di concausa professionale.	**Risultato atteso:** Inserimento di almeno il 50% dei casi di malattia professionale refertati dopo il 1.1.2010 ed oggetto di indagine da parte dei servizi entro il 31/12/2011.
Attuazione al 31.12.2011 Sia per il 2010 che per il 2011 è stato inserito il 100% dei casi di malattia professionale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione nel comparto dell'agricoltura.	**Risultato atteso:** - Monitoraggio della quota assegnata all'ASS5 delle 100 aziende agricole individuate a livello regionale. - Partecipare al gruppo di lavoro regionale di monitoraggio delle aziende agricole, in collaborazione fra SPSAL e Associazioni degli Agricoltori. - Presentazione dei risultati del monitoraggio alle Associazioni agricole.
Attuazione al 31.12.2011 – Sono state monitorate 14 aziende agricole pari al 100% delle aziende assegnate. – Si è partecipato come capofila al gruppo di lavoro regionale in collaborazione con le altre ASS e ad Associazioni agricole. – Sono stati presentati i risultati del monitoraggio alle Associazioni agricole.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.3 : Prevenzione obesità	
Obiettivo aziendale: Mantenere la % di bambini obesi al disotto del 4% e ridurre il sovrappeso in età infantile 0-5 anni.	**Risultato atteso:** - Partecipazione alla stesura di una bozza aggiornata delle Linee Guida ristorazione collettiva. - Dati allattamento inseriti. - Interventi informativi e formativi sull'alimentazione nella prima infanzia.
Attuazione al 31.12.2011 – Si è partecipato a 9 incontri del tavolo regionale per la stesura della bozza delle Linee Giuda Ristorazione Collettiva. – In occasione della seconda vaccinazione gli operatori dei servizi vaccinali hanno raccolto le informazioni richieste per tutti i bambini residenti, intervistando le mamme; sono state inserite 699 schede allattamento. – Sono stati effettuati 27 interventi formativi sull'alimentazione nella prima infanzia.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.4 : Prevenzione incidenti stradali	
Obiettivo aziendale: La programmazione aziendale è tenuta a prevedere per l'anno 2011 la necessita di: - Partecipare al progetto SicuraMENTE (previsto nel PRP 2010-2012) che prevede programmi ed interventi inseriti nei curriculum scolastici, nel quadro di una collaborazione strutturata tra Sanità, Scuola, Trasporti, FVG-Strade. - Prosecuzione delle azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute.	**Risultato atteso:** - Adesione e realizzazione del progetto SicuraMENTE in tutte le ASS della Regione. - Almeno 1 workshop (non realizzato nel 2010) in area vasta. - Report che valuti l'impatto del percorso svolto sulle amministrazioni comunali (almeno 30% dei comuni del territorio di ogni ASS).
Attuazione al 31.12.2011 – Per quanto riguarda l'ASS5, tra le varie iniziative finora avviate, vi è il "Concorso d'idee" per una Campagna di promozione della sicurezza stradale rivolta ai più giovani che ha coinvolto l'IIS Malignani 2000, quest'anno scolastico con la sede di San Giorgio di Nogaro. La formazione dedicata ai guidatori e pedoni più anziani è stata invece effettuata in collaborazione con le Università della Terza Età presenti sul territorio: nel 2011 in collaborazione con l'Università di Udine si è aderito al progetto "SicuraMENTE " dedicato alla terza età', collaborando nella revisione del materiale da presentare e realizzando un incontro di sensibilizzazione all'Università della Terza Età a Lignano Sabbiadoro (16.11.2011). E' stata inoltre assicurata la partecipazione a 2 incontri regionali, finalizzati a condividere l'impostazione del progetto e la sua prosecuzione nel 2012; è stato effettuato un incontro con la coordinatrice di plesso nonché referente del Malignani 2000 per promuovere e sostenere, anche attraverso il materiale di progetto, la partecipazione; tale istituto è stato individuato come "virtuoso" dalla DCSISSePS. – In data 25 novembre 2011 in collaborazione con Federsanità ANCI FVG è stato realizzato un workshop a Palmanova ("Pianificazione urbanistica e territoriale come strumento di promozione della salute") al quale sono stati invitati amministratori e tecnici dei Comuni. A tutti i comuni è stato consegnato o inviato materiale informativo e al fine di conoscere l'impatto del percorso sin qui svolto. E' stato predisposto un questionario cui hanno risposto 17 comuni (55%). Con i risultati dell'indagine è stato prodotto un report.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.5 : Prevenzione incidenti domestici	
Obiettivo aziendale: - Ridurre la mortalità ed i ricoveri da eventi traumatici (in particolare frattura di femore) nella popolazione anziana ospite di strutture o assistita a domicilio attraverso interventi in collaborazione con associazioni ed EELL. - Ridurre i ricoveri per incidente domestico e gli eventi traumatici da caduta ed i ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini 0-4 anni attraverso interventi integrati e multifattoriali.	**Risultato atteso:** - Realizzazione di un corso di formazione interno all'ASS5 accreditato ECM rivolto prioritariamente agli operatori sanitari che si occupano delle fasce di popolazione a rischio aperto anche ad operatori (massimo 5) provenienti dalle Case di Riposo o strutture analoghe del territorio. - Per la fascia 0-4 sensibilizzazione nei corsi pre parto. - Sensibilizzazione nei confronti degli incidenti domestici durante i sopralluoghi nelle scuole dell'infanzia (almeno 10 scuole dell'infanzia del territorio) con scheda ad hoc e/o consegna materiale informativo.
Attuazione al 31.12.2011 – E' stato effettuato il corso di sensibilizzazione e formazione accreditato ECM, dedicato agli operatori aziendali (principalmente care givers e prevenzione), aperto anche agli operatori delle Case di Riposo del territorio della ASS. E' stata assicurata la partecipazione attiva ad un intervento di sensibilizzazione alle "Giornate della Sicurezza" di Udine, organizzato da Confindutria, di Udine (con la collaborazione di Fondazione CRUP, Anmil, Comune di Udine, INAIL) e il sostegno di moltissimi altri soggetti fra Associazioni di categoria (commercio, artigianato, agricoltura, cooperazione), Sindacati, Ordini professionali, Aziende dei servizi sanitari, Università, USR, Vigili del fuoco, DPL. Inoltre è stato realizzato un incontro di sensibilizzazione sulla prevenzione degli incidenti domestici all'interno del corso di Medicina all'UTE di Palmanova. – E' stata svolta l'attività nei corsi pre parto delle tre sedi di Palmanova, Cervignano, Latisana, dove è prevista una parte dedicata all'argomento con consegna del materiale condiviso in riunione. – L'attività di vigilanza nelle scuole è stata svolta in 15 scuole con particolare attenzione alla prevenzione degli incidenti nei bambini, utilizzando una scheda di rilevazione ad hoc e consegnando materiale informativo per sensibilizzare sul tema. E' stato inoltre realizzato un opuscolo informativo a fumetti - No stâ a fâ il gnogno- con il coinvolgimento di un grafico esterno e con il sostegno della 482/99, distribuito nelle scuole materne, nel Dipartimento materno infantile, negli uffici vaccinali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.6 : Programma Guadagnare Salute	
Obiettivo aziendale: **Lotta al tabagismo**: Promozione ed adesione alle iniziative nazionali di contrasto al tabagismo con l'implementazione di "Luoghi e contesti liberi dal fumo".	**Risultato atteso:** - Partecipazione al concorso Smokefree class competition. - Avvio progetto di comunità "Latisana senza fumo". - Sensibilizzazione al problema tabagismo rivolto agli operatori sanitari dell'ASS5 mediante almeno due corsi di formazione accreditati ECM sulla tecnica del counselling breve antitabagico. - Offerta gratuita corsi interni per smettere di fumare ai dipendenti ASS5.
Attuazione al 31.12.2011 – 23 classi delle scuole secondarie di primo grado del nostro territorio hanno partecipato al concorso, la premiazione è avvenuta a Palmanova in occasione della giornata mondiale antifumo, con la partecipazione della LILT e con uno spettacolo in tema realizzato dallo StudioDanza (nostro partner nel progetto di comunità Palma senza fumo) al Teatro Gustavo Modena. Nella scuola elementare di Cervignano è stato anche sperimentato il progetto di prevenzione promosso dal CCM "Il club dei vincenti"	

, con mostra degli elaborati grafici dei ragazzi esposti nell'Ospedale di Jalmicco, produzione di volantini e manifesti per la prevenzione del fumo.

- Il 19 febbraio 2011 in occasione del Consiglio Comunale aperto UNICEF è stato siglato il protocollo "Latisana senza fumo" con il Comune e con l'istituto comprensivo di Latisana. Il 4 marzo 2011 è stata realizzata la presentazione con le associazioni locali. Si è realizzata la mostra degli elaborati delle scuole e la campagna "Latisana senza fumo/Tisane cence fum" con il sostegno della legge 482/99. Sono stati distribuiti e raccolti i questionati conoscitivi nelle scuole, ospedale, associazioni. I risultati sono stati esposti al convegno regionale INFO DAY Guadagnare salute di Udine.
- Sono stati effettuati 2 corsi di counseling antitabagico accreditati ECM (26 e 31 gennaio 2011).
- I corsi gratuiti sono stati realizzati dal DSM. Per promuovere l'iniziativa oltre all'inserimento di informativa nel materiale dei corsi di counselling antitabagico è stata esposta una locandina ai punti timbratore, è stata inviata una lettera di sensibilizzazione alle SOA, ed è stata inserita una news sul sito aziendale.
- Sono stati realizzati specifici incontri di sensibilizzazione a Fiumicello, Gonars, e San Giorgio di Nogaro. E' proseguita l'attività presso il SerT di Palmanova dell'ambulatorio per il tabagismo e dello sportello info-fumo.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Lotta all'abuso di alcol: promuovere la realizzazione di iniziative di contrasto all'assunzione di alcol nei diversi setting (Enti, Istituzioni, Scuole) con riferimento particolare ai lavoratori del settore trasporti, ai lavoratori del comparto edile.	Iniziative di contrasto all'alcol in almeno il 20% dei Cantieri edili notificati e delle aziende di Trasporto locali.

Attuazione al 31.12.2011

E' stato prodotto in ambito di Area Vasta un depliant informativo che è stato inoltrato a 124 aziende edili (su 169 monitorate) con almeno 5 dipendenti (un depliant per dipendente) ed a 19 aziende di trasporti. E' stato anche inoltrato a 9 Istituti scolastici superiori.

L'opuscolo realizzato è stato presentato il 09.11.2011 a Udine (sede di Confindustria) con una conferenza stampa. Si sono tenuti diversi corsi per il personale dell'ASS 5.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Attività motoria: diffondere una "cultura del movimento" come stile di vita nella popolazione "fragile" o più sedentaria.	- Realizzazione di una manifestazione non competitiva di promozione dell'attività motoria aperta a tutte le fasce di età. - Realizzazione di almeno un percorso di "Pedibus" o iniziativa similare in alleanza con la scuola e amministrazione comunale.

Attuazione al 31.12.2011

- Nel 2011 si è voluto diffondere una "cultura del movimento" come stile di vita nella popolazione "fragile" o più sedentaria, non dimenticando gli operatori sanitari, moltiplicatori dell'azione preventiva in quanto portatori di valori ed esempio. Le attività realizzate sono state:
  - una manifestazione non competitiva di promozione dell'attività motoria aperta a tutte le fasce di età, la "Camminata della salute" a Bicinicco il 16.04.2011 con il patrocinio di Comune, associazione diabetici, UTE;
  - la partecipazione come "Gruppo ASS5" alla manifestazione "Corro anch'io" sul percorso della "Mezza maratona" di Palmanova il 20.11.2011 che accanto ai meriti citati, ha anche quello di favorire il ben-essere dei nostri dipendenti.
- Realizzato a Santa Maria la Longa in aprile-maggio 2011 in alleanza con Amministrazione Comunale e scuola, un percorso di "PiediBUS" per i bambini della scuola primaria di Santa Maria la Longa (il principale scopo dei Piedibus è di combattere la sedentarietà nei bambini, ma si è rivelato indicato per molti altri aspetti, quali ad esempio la riduzione degli ingorghi stradali vicino alle scuole e l'aumento della socializzazione). In occasione delle manifestazioni promosse, sono stati distribuiti dei gilet ad alta visibilità con slogan per i camminatori (realizzati con contributo regionale) e per ragazzi del Piedibus (realizzati con contributo 482/99).

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.7 : Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	
Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di audit e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari di svolgere i controlli ufficiali in modo coerente.	**Risultato atteso:** Raggiungimento del 100% degli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011.
Attuazione al 31.12.2011 L'attività prevista è stata regolarmente espletata nei tempi e nei modi richiesti dalla programmazione regionale e aziendale; in particolare i due indicatori individuati descrivono l'attività svolta in 810 interventi ispettivi su 648 attesi e 15 audit eseguiti su 12 attesi (fonte S.I.S.A.Ve.R.). La maggiore attività è stata effettuata in preparazione di un audit regionale e di un audit ministeriale che si sono svolti nei mesi di giugno e luglio, nonché all'attività conseguente al follow-up di non conformità emerse durante l'attività programmata o all'attività di supporto ad altre Autorità Competenti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Organizzazione di eventi formativi per il personale su problematiche applicative del c.d. "Pacchetto Igiene".	**Risultato atteso:** Sono effettuati 2 eventi formativi di Area Vasta.
Attuazione al 31.12.2011 Il primo dal titolo ""Valutazione del rischio sanitario delle zoonosi alimentari da parassiti" (cod. ECM ASS5_00360)" si è tenuto in data 7 luglio, mentre il secondo "Problematiche applicative del c.d. pacchetto igiene: procedure relative a ricorsi, reclami e contenziosi conseguenti ad accertamento di non conformità" (cod. ASS5_00473) si è tenuto il 7 dicembre 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Razionalizzare ed uniformare le procedure operative del controllo ufficiale anche alla luce del Sistema informativo per i Servizi Veterinari e per i Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.S.A.Ve.R).	**Risultato atteso:** - Elaborazione e adozione di un programma di controllo ufficiale per ciascun servizio (SIAN e SIAOA) secondo le priorità sulla base delle valutazioni di rischio sanitario, del personale disponibile, delle attività già pianificate e delle eventuali emergenze sanitarie. - Inserimento del 100% dei dati di attività nel sistema informativo SISAVER e successivi aggiornamenti.
Attuazione al 31.12.2011 – Il programma è stato adottato con nota prot. 6258/VET/AC/gam del 2 marzo 2011 e con il verbale della prima riunione di budget del SIAN. – L'applicativo S.I.S.A.Ve.R. è stato alimentato con continuità inserendo il 100% dei dati pervenuti (notifiche di nuove attività e variazioni), assegnando i numeri di registrazione a tutte le imprese alimentari presenti sul territorio e inserendo a sistema i controlli ufficiali effettuati dal personale veterinario e tecnico. La banca dati nazionale di TERAMO delle anagrafi del bestiame è stata alimentata con continuità sia per quanto concerne l'aggiornamento dello status delle aziende zootecniche delle varie specie animali sia per quanto concerne la movimentazione degli animali verso altre aziende zootecniche e verso la macellazione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza	**Risultato atteso:** Evidenza dell'elaborazione di almeno un progetto

dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE.	secondo la metodologia PCM (Project Cycle Management) o metodologia equivalente e dell'avvio delle fasi attuative.
Attuazione al 31.12.2011 In seguito alla partecipazione all'Evento formativo "Progettare in salute pubblica veterinaria: principi generali e qualche applicazione" (cod. ASS2_00288) che si è svolto a Gorizia il 28 e il 29 settembre 2011 è stato elaborato un progetto dal titolo: "Ottimizzazione delle attività di controllo ufficiale sulle filiere alimentari di origine animale".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.8 : Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale: Mantenere attivi i programmi di sorveglianza utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	**Risultato atteso:** Programmi realizzati secondo i criteri previsti dai protocolli specifici.
Attuazione al 31.12.2011 Le interviste sono state realizzate con le modalità previste dal protocollo. Nel 2011 sono state effettuate ed inserite 25 interviste al mese per 11 mesi, come prevede il protocollo regionale: i dati elaborati sono contenuti nel report annuale PASSI e consultabili sul sito www.epicentro.iss.it/passi; dettagliata descrizione dell'attività svolta è contenuta nella relazione della Promozione Salute.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.9 : Programmi di screening	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Screening cervice uterina	
- Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale.	- Revisione del 95% della casistica assegnata.
- Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio.	- 95 % della popolazione prevista per il 2011.
Screening mammella	
- Assicurare completezza di registrazione nel G2 clinico o in APSYS delle prestazioni di secondo livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico).	- >=95%.
- Registrazione diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello.	- >=90%.
- Invitare tutta la popolazione bersaglio	- 95 % della popolazione prevista per il 2011.
Screening colon retto	
- Migliorare le percentuali di adesione ai programmi di screening.	- Incremento della percentuale di adesione >=50% - >=95%.
- Assicurare completezza di registrazione nel G2 per le colonscopie di 2° livello.	- 95 % della popolazione prevista per il 2011.
- Invitare tutta la popolazione bersaglio.	
Area Vasta	
- Organizzazione di eventi formativi per il personale su problematiche applicative del c.d. "Pacchetto Igiene".	- Viene effettuato un programma di Area Vasta di comunicazione alla popolazione sul tema della prevenzione secondaria oncologica.
Attuazione al 31.12.2011 Cervice 1) L'attività di revisione è stata effettuata sul 100% della casistica assegnata. 2) La gestione delle aperture degli ambulatori per l'effettuazione del pap test in collaborazione con i due	

ospedali ed i Distretti, ha fatto sì che fossero compensate le criticità che si sono fino ad oggi presentate in relazione a temporanee carenze di personale: di conseguenza non vi sono state ripercussioni sulla programmazione degli inviti ed è stato garantito l'invito al 100% della popolazione bersaglio.

Mammella

1) L'attività di registrazione delle prestazioni di secondo livello è stata assicurata per il 100% dei casi per esame istologico e citologico, per il 99,15% dei casi per mammografia ed ecografia.
2) L'attività di registrazione della diagnosi dipartimentale nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello è stata assicurata per l'89% dei casi (dati regionali).
3) Per lo screening mammografico la calendarizzazione delle giornate di presenza del camper sul territorio dell'ass5 è definita a livello regionale, per cui l'apporto necessario all'obiettivo è quello di assicurare sempre le adeguate condizioni logistiche a tale attività, intervenendo ove si presentino criticità; nel 2011 non vi sono state interruzioni o modifiche nel calendario di presenza con l'eccezione del 17 marzo, data dell'anniversario dell'Unità d'Italia dichiarata festiva dopo la definizione del calendario del camper. Poiché non sarebbe stato efficiente tenere il camper presente con il rischio di un basso afflusso, si è preferito annullare la seduta riprogrammando le signore in altre date (con adeguata informazione): ciò ha consentito di effettuare comunque gli screening previsti; al 31.12.2011 la popolazione bersaglio è stata raggiunta.

Colon retto

1) L'obiettivo è stralciato. Nonostante a luglio 2011 la percentuale rilevata di adesione fosse ancora 39% le successive azioni di rinforzo realizzate hanno consentito un miglioramento dell'adesione, che ha raggiunto e superato l'obiettivo del 50%, come dimostra l'estratto dal report trasmesso dalla regione: 53,69 %
2) L'attività di registrazione delle colonscopie di 2° livello nel G2 clinico è stata assicurata per il 100% dei casi.
3) Le attività previste dal programma per l'invito al primo livello dello screening sono gestite a livello regionale (invio delle lettere, disponibilità dei Kit in farmacia); la segreteria assicura risposta telefonica a tutte le richieste di chiarimento. E' stato garantito l'invito al 100% della popolazione bersaglio.

Area vasta

1) Le indicazioni regionali sono state di allinearsi alla campagna regionale, ed in particolare alle iniziative previste da un progetto CCM che coinvolge LILT e regione FVG; al 31.12.2011 nessuna iniziativa è stata prevista per il territorio della Bassa Friulana, pertanto il risultato non è raggiunto per cause esterne alla struttura ed all'azienda. E' previsto un incontro ad hoc in regione per il 7 marzo 2012.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.1 : Accreditamento

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
- Obiettivo prioritario per il 2011 è il completamento delle procedure di accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private ambulatoriali, di degenza e residenziali secondo il programma iniziato nel 2010. - Mantenere la disponibilità del personale aziendale all'attività regionale per le procedure di autorizzazione e accreditamento.	- L'Azienda individua un referente aziendale entro il 31/01/2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento. - L'Azienda mette a disposizione i propri valutatori formati e ha individuato almeno due professionisti sanitari da formare per le attività di verifica sul campo (impegno stimato di 5 giornate/anno).

Attuazione al 31.12.2011

- Il referente aziendale è stato nominato entro la data prevista.
- L'obiettivo è stralciato.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO.

NOTA: Il secondo risulato atteso è stato stralciato, come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del

17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011", solo per la parte che si riferisce al numero delle giornate stimate a causa del ritardo nell'approvazione della delibera DGR1436/2011	
Obiettivo aziendale: Realizzare almeno un audit nelle due Unità organizzative Aziendali accreditate sul mantenimento del rispetto dei requisiti.	**Risultato atteso:** E' stato elaborato un report dell'audit.
Attuazione al 31.12.2011 L'audit sul mantenimento del rispetto dei requisiti è stato effettuato in data 24.06.2011 presso il Poliambulatorio Distrettuale di San Giorgio e in data 01.07.2011 presso il Poliambulatorio di Latisana per la Medicina dello Sport, in data 21.06.2011 e 01.07.2011 per la Nefrologia e Dialisi. Sulla base dei sopralluoghi effettuati in data 23.11.2011 e 24.11.2011 da parte del Gruppo di Valutazione della DCSISSePS, la SOC di Nefrologia e Dialisi e l'ambulatorio di Medicina dello Sport (sede di Latisana e San Giorgio di Nogaro) sono stati dichiarati CONFORMI.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.2 : Farmaceutica	
Obiettivo aziendale: Continuità nei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, acquisizione centralizzata, distribuzione diretta.	**Risultato atteso:** - medicinali equivalenti: l'Azienda attiva strumenti di monitoraggio, di audit e feedback con i prescrittori e di incentivazione alla prescrizione dei medicinali equivalenti. Inoltre dovranno essere attivate opportune iniziative al fine di tendere al raggiungimento dei target prescrittivi individuati dall'AIFA e dal MEF (ai sensi del DL 78/2010). - Favorire l'attività di promozione dell' appropriatezza prescrittiva. - Assicurare l'attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e di assistenza integrativa. - assistenza integrativa: l'Azienda potenzia, in un'ottica di efficienza, la distribuzione diretta e/o stipuleranno accordi per l'erogazione di tali prodotti (es. accordi con grossisti, farmacie, MMG/PLS). - distribuzione diretta: a) fino all'eventuale stipula da parte delle aziende di accordi ai sensi dell'art.8, c.1 lettera b) l'Azienda dà la massima attuazione alla distribuzione diretta, attivando ogni utile strumento. Riduzione del valore della spesa convenzionata dei farmaci del PHT del 2011 vs 2010. In ogni caso eventuali studi farmaco-economici o di fattibilità sulla distribuzione diretta/per conto, che le aziende ritengano di dover ulteriormente approfondire, non dovranno sospendere o rallentare le iniziative di sviluppo e di potenziamento della diretta. c) nel corso del 2011, l'azienda porta a regime la distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Attuazione al 31.12.2011

E' stato assicurato il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e sono stati realizzati sette incontri di audit e feed-back con i medici di medicina generale, di entrambi i distretti, per la presentazione e discussione del report generale SISSR-Sistema Direzionale Regionale, di uno specifico report con l'evidenza delle prime trenta sostanze prescritte e le eventuali alternative a brevetto scaduto. Nel 2011, il costo medio della DDD delle prescrizioni territoriali della ASS5 è stato costantemente inferiore alla media regionale e un'ulteriore importante diminuzione è stata registrata nei mesi di novembre e dicembre 2011 (Dati Sistema TS).

E' stato assicurato il monitoraggio delle prescrizioni dell'assistenza integrativa con potenziamento della distribuzione diretta dei prodotti concedibili. La ASS5 ha registrato sia un calo della spesa AFIR territoriale sia un calo delle ricette prescritte dai medici di medicina generale (Dati LiqEuro).

Con riferimento al potenziamento della distribuzione diretta, la ASS5 ha implementato la distribuzione diretta dei medicinali dopo la dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale arrivando ad erogare farmaci per un valore di acquisto pari a 3.779.381,33 euro (sono stati redatti accordi per distribuire nuovi farmaci in distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale o dimissione con i reparti di nefrologia e dialisi, cardiologia e le due medicine degli ospedali in particolare per gli ambulatori diabetologici e neurologici); la distribuzione alle case di riposo e l'erogazione diretta dei medicinali PHT. Nelle more di un accordo di Distribuzione Per Conto, la ASS5 ha anche messo a punto una specifica reportistica da fornire con regolarità ai medici di medicina generale, volta a informarli rispetto a quali loro pazienti continuano a ritirare medicinali PHT nelle farmacie convenzionate. Il 19 dicembre 2011, si è infine arrivati a definire, con farmacie e distribuzione intermedia, un accordo di Distribuzione Per Conto di Area Vasta Udinese. Un elemento ostativo al massimo sviluppo delle attività con la medicina generale è tuttavia derivato dal blocco della lettura delle ricette spedite dalle farmacie convenzionate: la lettura si è fermata al mese di giugno 2011 e quindi non è stato più possibile estrarre i dati di dettaglio dei mesi successivi con i sistemi informativi regionali.

Si rinvia inoltre a quanto già descritto con note prot. n. 58767/A del 27/07/2011 e prot. 80163/A del 21/10/2011 del Direttore Generale dell' ASS4 quale Coordinatore dell'Area Vasta Udinese.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Farmaci sottoposti a registro AIFA e farmaci oncologici.	a) l'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con nota n.18104/SPS/farm del 11.10.2010. b) Oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali.

Attuazione al 31.12.2011

a) Vengono puntualmente implementati i file di dispensazione del sistema CINECA per quanto riguarda i medicinali sottoposti a registro AIFA. Nel corso dell'anno si è proceduto con regolarità alle richieste di rimborso e si è conseguito un recupero di 107.083,99 euro (25.637,64 relativi a richieste 2010).
b) In cartella oncologica vengono registrate le informazioni essenziali come richiesto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.3 : Sicurezza e governo clinico	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
- Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza.	- Trasmissione alla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali,

	entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati.
- Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	- Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.
- Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezioni correlate all'assistenza.	- Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza, secondo le modalità che saranno emanate dalla DCSISSePS.
Attuazione al 31.12.2011 - E' stato trasmesso (con nota del Direttore Generale prot. n. 11429 del 15.04.2011) il documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati. Lo slittamento della data dal 30.03 al 15.04 è stata stabilita dalla DCS (nota dr. Fanzutto Prot. n. 6527/SPS/ASAN del 25.03.2011). - E' stato trasmesso (con nota del Direttore Generale prot. n. 33355 del 30.11.2011) il documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno 2011. - L'Azienda ha partecipato alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza e ha trasmesso i dati alla DCSISSePS (con nota Prot. n. del 02.11.2011)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.4 : Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
- Le Aziende Sanitarie, nonchè gli IRCCS, della Regione FVG che hanno già concluso la fase di formazione del personale medico all'utilizzo della procedura informatica a supporto della fase prescrittiva, dovranno impegnarsi a che l'attività prescrittiva sia svolta in modalità elettronica. Le rimanenti Aziende che avvieranno l'attività di censimento e formazione dei medici prescrittori a conclusione dell'anno 2010 e durante l'anno di vigenza di codeste linee per la gestione dovranno garantire la loro collaborazione al processo di avviamento. - Le Aziende sanitarie territoriali verranno coinvolte nell'attività di allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e di autorizzazione. - Le Aziende dovranno assicurare la prosecuzione dell'attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri nel 2010 con obiettivo di rendere efficace e uniforme l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa, garantire la qualità degli interventi in tutte le fasi delle prestazioni.	Prescrizione del: 1. Utilizzo della procedura informatizzata almeno nel 70% dei casi. 2. Collaborazione alle attività di allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e di autorizzazione promosse dalla DCSISSePS. 3. Partecipazione del referente aziendale già nominato alle attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri promossa dalla DCSISSePS. 4. Entro il 31-1-2011 è costituito un gruppo di lavoro di Area Vasta per la definizione dei percorsi prescrittivi e di erogazione dei prodotti di assistenza integrativa

Attuazione al 31.12.2011

- L'obiettivo è stralciato.
- L'obiettivo è stralciato. Sono stati realizzati corsi di formazione ai prescrittori (Palmanova 23.3.2011 - Latisana 1.4.2011) ai fini dell'allineamento delle procedure informatiche relative alle fasi di prescrizione e autorizzazione. La procedura informatica di autorizzazione dei presidi non è stata attivata da Insiel.
- Il referente ha partecipato ad attività del gruppo di lavoro regionale (incontro del 13.4.2011) e ad attività del gruppo di lavoro di area vasta (incontro del 12.4.2011). Non vi sono state ulteriori convocazioni.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Linea n. 3.4.3.5 : Cure palliative

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Documentare la valutazione del dolore, la terapia antalgica (ove indicata), la rivalutazione del dolore come da indicazioni aziendali.	- In RSA e Hospice: presenza della valutazione del dolore, terapia antalgica e rivalutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi. - Nei reparti ospedalieri di Chirurgia Generale di entrambi i presidi presenza della valutazione del dolore almeno (>) nel 85% dei casi, terapia antalgica e rivalutazione del dolore almeno (>) nel 80% dei casi.

Attuazione al 31.12.2011

Gli audit effettuati documentano che:

- in RSA e Hospice la valutazione del dolore all'ingresso è presente nel 100% dei casi, la terapia antalgica e la rivalutazione del dolore sono presenti nel 99% dei casi;
- nei reparti ospedalieri di Chirurgia Generale di entrambi i presidi la valutazione del dolore all'ingresso è presente nell'86% dei casi, la terapia antalgica e la rivalutazione del dolore sono presenti nel 94% dei casi.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Rilevamento del controllo del dolore in almeno il 50% dei pazienti presi in carico dai servizi domiciliari dei distretti nell'ambito di un programma di cure palliative	Evidenza del rilevamento del dolore in almeno il 50% dei pazienti presi in carico dai servizi domiciliari dei distretti nell'ambito di un programma di cure palliative.

Attuazione al 31.12.2011

Nel 2011 sono state effettuate verifiche in tutte le cartelle infermieristiche (258) degli assistiti in cure palliative in carico al SID. Il rilevamento del dolore è presente nel 90,7% (234/258) dei pazienti presi in carico dai servizi domiciliari distrettuali nell'ambito di un programma di cure palliative.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Attivazione di 2 posti letto di hospice presso l'RSA di Palmanova.	Evidenza dell'attività.

Attuazione al 31.12.2011

Con decreto 298 del 23 giugno 2011 sono attivati 4 posti letto di hospice presso l'RSA di Palmanova. Dal 6 luglio al 31 dicembre sono stati accolti 32 pazienti.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore.	Partecipazione all'iniziativa formativa di area vasta sulla terapia antalgica e cure palliative.

Attuazione al 31.12.2011 L'attività formativa è stata realizzata sia con iniziative aziendali che di ASS4 (corso residenziale aperto ad Area vasta "La gestione del dolore tra Ospedale e Territorio").	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Partecipazione al monitoraggio predisposto sia dal Ministero che dalla Regione.	**Risultato atteso:** L'Azienda trasmette i dati rilevati sulla base delle indicazioni Ministeriali e Regionali
Attuazione al 31.12.2011 Non sono state ancora fornite le indicazioni né regionali né ministeriali per il monitoraggio.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Implementazione delle attività di cure palliative e di terapia del dolore.	**Risultato atteso**: Attivazione in via sperimentale della struttura SOC Medicina del Dolore.
Attuazione al 31.12.2011 La SOC Medicina del Dolore è stata attivata con decreto n.261 del 31.05.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.6 : Rete oncologica	
Obiettivo aziendale: Partecipazione alle attività promosse dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali.	**Risultato atteso:** Collaborazione alla produzione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche.
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso del 2011 è stato convocato un incontro in data 17 febbraio al quale ha partecipato il referente aziendale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7 : Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale: - Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. - Mantenimento dell'attività di Procurement di cornee. - Sicurezza del processo donazione-trapianto	**Risultato atteso:** 1. Registrazione del numero di decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione 100%. 2. Mantenimento del numero di prelievi di cornee realizzato nel 2010 (dato atteso 2010: 3). 3. E' stato attivato il percorso di monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting con la nuova modulistica regionale. 4. Attivazione di almeno due audit dei processi di donazione.
Attuazione al 31.12.2011 – La registrazione dei decessi per lesione cerebrale acuta non è stata possibile in quanto il programma per la registrazione "Donor Manager" è stato reso disponibile solo nei primi mesi del 2012. – L'attività di prelievo è aumentata rispetto al 2010: a Palmanova sono stati effettuati 22 prelievi per un totale di 4 bulbi e 39 cornee prelevate; a Latisana 3 prelievi per un totale di 6 cornee. – Il percorso di monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting è stato attivato con la nuova modulistica regionale, ma allo stato attuale non vi sono state segnalazioni di incident reporting nel processo donazione-trapianto. – E' stato svolto un audit dei processi di donazione (01.06.2011) con la conduzione del Coordinatore Locale in cui è stata analizzata la situazione dei due Presidi Ospedalieri per quanto riguarda il procurement di cornee con disamina dei percorsi già definiti nel 2010. Si è discusso inoltre sulle possibilità di	

miglioramento e di contestualizzazione nelle due sedi, sono stati individuati nuovi soggetti da inserire nel processo e si è illustrato il piano di formazione per il 2011. In data 14.12.2001 si è svolto a Palmanova il secondo audit dei processi di donazione con la conduzione del Coordinatore Locale, in cui sono stati analizzati i risultati ottenuti a Palmanova e a Latisana; si è inoltre discusso di eventuali modifiche da apportare al percorso di donazione, comprese le necessità formative. Si è inoltre manifestata al CRT la necessità di avviare la formazione sul procurement di tessuti non corneali per elaborare uno studio di fattibilità sul prelievo di multi tessuto, attivare la collaborazione con la Banca dei Tessuti di Treviso e risolvere le problematiche organizzative legate alla disponibilità di sale operatorie presso i Presidi Ospedalieri di Palmanova e Latisana.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: Il primo risultato atteso è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.3.8 : Piano sangue regionale	
Obiettivo aziendale: Mantenimento delle attività di raccolta del sangue.	**Risultato atteso:** L'Azienda assicura il supporto al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento Trasfusionale di Area Vasta Udinese.
Attuazione al 31.12.2011 L'attività è assicurata.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.1 : Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
Obiettivo aziendale: - Analizzare con le altre aziende di area vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale. - Dovranno essere effettuate verifiche sulle condizioni logistico-strutturali finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza residenziale. - Sviluppare l'integrazione sanitaria e socio sanitaria nell'ambito della non autosufficienza nel territorio con la valorizzazione dell'interazione tra MMG, distretti, servizi sociali e risorse delle comunità locali.	Risultato atteso: - Trasmissione entro il 30/06/2011 alla DCSISSePS di un documento di analisi e di proposte sostenibili, condiviso in ambito di Area Vasta. - Trasmissione entro il 31/12/2011 dello stato di avanzamento della realizzazione delle soluzioni proposte. - Evidenza di azioni finalizzate al recupero del funzionamento e della partecipazione/ inclusione sociale con lo sviluppo di interventi multidisciplinari.
Attuazione al 31.12.2011 – E' stato elaborato il "Documento di analisi e proposte sostenibili condiviso nell'Area vasta udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico-degenerative" (trasmesso alla DCSISSePS con nota prot. 0052233/A dd. 30/06/2011), comprendente anche la definizione dei parametri e del flusso di rilevazione del livello di umanizzazione. – E' stato elaborato a livello di Area vasta il "Documento sullo stato di avanzamento e realizzazione delle soluzioni proposte rispetto alla progettualità dell'Area vasta udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico degenerative" (trasmesso alla DCSISSePS con nota prot. 97771 del 31 dicembre 2011) che descrive le iniziative aziendali sul tema delle malattie croniche, continuità assistenziale e umanizzazione delle strutture residenziali.	

– Con ordinanza n. 199 del 29/06/2011 sono stati attivati 3 progetti personalizzati per giovani adulti presso la Fattoria Sociale "Volpares", progetti definiti in UVD con la collaborazione di MMG e Servizio Sociale, con decreto 301 del 24/06/2011 un progetto personalizzato per un minore con disabilità presso la Fattoria Sociale "Primo Campo", con decreto 409 del 29/09/2011 un progetto personalizzato finalizzato alla domiciliarità/ sostegno alla famiglia a Cervignano. Sono in fase di avvio altri 2 progetti già definiti in sede di UVD. Inoltre è stato predisposto in collaborazione con il CAMPP il progetto "Tempo Libero" per 14 utenti giovani adulti disabili finalizzato a favorire lo sviluppo e il potenziamento delle abilità relazionali e di socializzazione attraverso una serie di attività per il tempo libero sia per giovani adulti con borsa lavoro sia per giovani adulti con disabilità (decreto 408 del 29/09/2011).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2 : Riabilitazione

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
- Predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione dei Dipartimenti di Riabilitazione in ogni Area Vasta per garantire il governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale territorio. - Presenza in ogni Area Vasta dell'offerta riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.	- Trasmissione entro il 30/09/11 alla DCSISSePS della documentazione riguardante la strutturazione dei Dipartimenti di Riabilitazione di Area Vasta sulla base delle indicazioni della Direzione stessa. - Sono trasmessi alla DCSISSePS i report di analisi quadrimestrale sul numero di pazienti e di prestazioni erogate nell'ambito dell'attività riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica).

Attuazione al 31.12.2011

Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni di cui al risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21.10.2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: Il primo risulatato atteso è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.3 : Dipendenze

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
- Predisporre gli atti propedeutici per l'istituzione di dipartimenti delle dipendenze di Area Vasta. - Garantire la collaborazione e il supporto al costituendo "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".	- Trasmissione, entro il 30-09-2011, alla DCSISSePS del documento di area vasta che definisce le soluzioni tecnico organizzative del dipartimento delle dipendenze sulla base delle indicazioni della Direzione stessa. - Evidenza dell'attività di collaborazione con le iniziative dell'"Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".

Attuazione al 31.12.2011

– Con nota 73563/A del 29.09.2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni di cui al risultato atteso sopra descritto. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21.10.2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni l'obiettivo deve ritenersi annullato.
  I responsabili dei servizi per le dipendenze delle 3 ASS di Area Vasta si sono riuniti ed è stato realizzato un documento di massima dal titolo "Proposte per una integrazione e coordinamento in area vasta dei dipartimenti per le dipendenza". Il documento è stato trasmesso alla DCSISSePS.
– L'attività di collaborazione per l'Osservatorio è assicurata. La realizzazione dell'osservatorio regionale per le

tossicodipendenze è stata assegnata all'ASS 5. E' stato definito e presentato all'assessore Kosich il piano di lavoro. Il direttore ff del DSM funge da responsabile scientifico mentre l'Area Welfare fornisce il personale operativo e il supporto logistico. Gli operatori individuati hanno partecipato all'incontro di lavoro sulla rete degli Osservatori delle Regioni tenutosi a Roma nei giorni 7/8/9 settembre 2011. Al 31.10.2011 l'attività dell'Osservatorio è stata avviata. Il 14.12.2011 si è tenuto a Palmanova un incontro con i referenti dei dipartimenti per le dipendenze per la definizione del Piano di introduzione del sistema gestionale MFP5 in accordo con il progetto nazionale SIND. L'avvio formale del programma MFP è avvento a gennaio 2012 e gli operatori dei servizi hanno partecipato alla formazione.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.4 : Salute mentale

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Realizzazione del CSM 24 ore a La tisana.	Evidenza dell'attività di ospitalità notturna.

Attuazione al 31.12.2011

E' stato predisposto il programma attuativo. Sono state attuate una serie di iniziative di tipo formativo volte all'uniformità delle pratiche tipiche di un CSM 24 ore degli operatori di Latisana (accoglienza, lavoro di equipe, formulazione di programmi terapeutici e dei successivi progetti riabilitativi, …). L'attività di ospitalità notturna è stata avviata in dicembre 2011. Dal 27 al 31 dicembre sono stati accolti 5 ospiti.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
– Definire e sperimentare modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale – Individuare e sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza - Programmare e avviare percorsi formativi condivisi con la medicina generale su una specifica area critica (es. depressione risposte farmacologiche e non). – Rafforzamento dei livelli collaborativi con l'ASS6 per i Disturbi del Comportamento Alimentare. Monitoraggio del fenomeno nell'ambito dell'ASS5 ed elaborazione di percorsi di presa in carico.	1. Mantenimento delle attuali modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale (indicatore variato con decreto DG 351 del 27/07/2011). 2. Mantenimento dei percorsi di cura intraaziendali orientati alla ripresa/recovery, in integrazione tra SSSSMM, servizi ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders (indicatore variato con decreto DG 351 del 27/07/2011). 3. Evidenza dell'avvio di almeno un FAP salute mentale per un minore preso in carico congiuntamente. 4. Sono attivati 2 eventi formativi condivisi tra le A.S.S. dell'Area Vasta in collaborazione con Ceformed. 5. Evidenza dei casi monitorati e di quelli presi in carico.

Attuazione al 31.12.2011

1) In ambito aziendale si mantiene come modalità di comunicazione formale l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UMP) che si attiva per ogni situazione che richiede un coinvolgimento degli ambiti socio-sanitari. Nel 2011 sono state realizzate 40 UMP i cui verbali sono conservati presso la segreteria del DSM. MMG, PLS e Medici di Continuità assistenziale vengono costantemente informati e coinvolti riguardo tutti i loro assistiti. Sono stati stilati protocolli con i PS di Latisana e Palmanova per regolamentare la reperibilità psichiatrica e le modalità di intervento.
2) Con riferimento al Protocollo Locale per la gestione dei progetti personalizzati F.A.P. Salute Mentale tra Ambito e Azienda (decreto 270 del 25.08.2010) è avviato dal 01.09.2011 un progetto per un minore. La

progettazione vede coinvolti DSM, Area Distrettuale disabilità e Ambito di Latisana, con la collaborazione del privato sociale convenzionato con l'ASS5 e ha rappresentato un progetto di forte innovazione nella presa in carico anticipata di adolescenti sintomatici in coerenza con il protocollo tra DSM e SOS Età evolutiva e disabilità per la continuità delle cure nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta. E' avviato, inoltre, un progetto di presa in carico anticipata per un caso di esordio psicotico.

3) Da accordi con i MMG è stato programmato un unico evento formativo da realizzarsi in autonomia in quanto le modifiche istituzionali intervenute in Ceformed hanno reso difficile l'attuazione della programmazione formativa. E' stata organizzata una giornata di formazione il giorno 11.11.2011 a Palmanova dal titolo "Depressione, disturbi di personalità e uso di sostanze" su tematiche inerenti il trattamento farmacologico e non nelle situazioni di doppia diagnosi (disturbo psichico e tossicodipendenza). Inoltre, preceduto da alcuni incontri di Area Vasta, l'ASS 4 ha organizzato un corso di formazione "Prevenzione, diagnosi e terapia della doppia patologia in un'ottica di integrazione tra servizi" nei giorni 15 e 16 dicembre 2011 nel quale è stata garantita la partecipazione di 5 operatori dell'ASS5.
4) La SOS Età Evolutiva e Disabilità, con il progetto "Adolescenti sintomatici", intercetta i casi di adolescenti e preadolescenti con DCA Il 07.11.2011 le strutture coinvolte hanno concordato un documento che esplica il modello organizzativo per una risposta di I livello per quest'area di bisogno. In ambito aziendale sono continuati gli incontri congiunti tra DSM e Distretti che hanno portato alla costituzione di una equipe funzionale per i disturbi del comportamento alimentare. Il gruppo di lavoro ha seguito e monitorato 5 casi (anche in collaborazione con la Medicina di Palmanova) ed ha inoltre monitorato gli inserimenti di 4 casi gravi presso il centro di Portrogruaro Inoltre 2 operatori hanno partecipato a 7 incontri di "formazione sul campo" regionale rispetto ai DCA presso la clinica psichiatrica di Udine. Altri 5 casi sono stati seguiti e monitorati dai CSM di Palmanova e Latisana. L'ASS 6 non ha ancora avviato il servizio residenziale per i disturbi del comportamento alimentare.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: il terzo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.5 : Materno infantile

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Realizzazione di un sistema dell'offerta con due punti nascita integrati tra i due presidi ospedalieri aziendali.	Omogeneizzazione dei livelli di assistenza delle due sedi ospedaliere in coerenza al documento ministeriale "Linee di indirizzo per la promozione di miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Attuazione al 31.12.2011

E' stata realizzata l'attività di omogeneizzazione dei livelli di assistenza attraverso la condivisione di procedure, protocolli e linee guida, nonché attraverso incontri operativi di confronto tra le equipe dei due punti nascita. A Latisana il tasso relativo al taglio cesareo è stato nel 2011 del 21,6%. (anno 2010: 26,3%).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	Partecipazione al programma regionale di screening uditivo neonatale.

Attuazione al 31.12.2011

Il programma è stato avviato e in entrambi gli ospedali la percentuale di esecuzione è stata del 100%.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Individuazione di percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica, atti a garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure nella fase di	Definizione di un percorso per la presa in carico del bambino con malattie croniche/congenite/disabilità nel passaggio tra età evolutiva ed età adulta entro il 31/12/2010.

transizione tra l'età evolutiva e quella adulta.	

Attuazione al 31.12.2011

A livello aziendale il passaggio del bambino con malattia cronica/disabilità dell'età evolutiva all'età adulta è definito da un documento interno alla SOS Età Evolutiva e Disabilità (EED). La SOS EED garantisce infatti la presa in carico delle persone adulte con disabilità. Il documento è stato proposto anche agli operatori sociali. La continuità del progetto di trattamento viene garantita anche per gli adolescenti a rischio di complicanze psichiatriche (Progetto Adolescenti) con il protocollo per la continuità della presa in carico nel passaggio all'età adulta elaborato con il DSM).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.6 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1) Partecipare all'attuazione del processo di riautorizzazione secondo le modalità che verranno definite con l'integrazione del DPReg. N. 0333/Pres. del 2008 (Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonchè delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, adattamento, trasformazione o trasferimento delle strutture residenziali per anziani e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle relative attività).	– identificazione e formalizzazione di un referente aziendale per tutte le attività legate al programma di Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti;
2) Partecipare alla definizione di un sistema regionale e aziendale di monitoraggio e promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani, in particolare: – partecipare alla selezione e identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità; – aderire agli interventi formativi relativamente all'utilizzo degli indicatori selezionati; – aderire agli interventi formativi per la realizzazione di percorsi di audit; – verificare la tenuta degli indicatori selezionati ed impostare un'ipotesi di percorso per il miglioramento della qualità nelle strutture.	– realizzazione di eventi formativi rivolti agli operatori delle strutture residenziali per anziani – realizzazione di specifici audit sull'applicazione dei protocolli condivisi.
3) Monitorare e verificare il sistematico utilizzo dello strumento di VMD Val.Graf–FVG e dei sistema informatizzati e-GENeSys e SIRA-FVG nelle strutture residenziali per anziani convenzionate del proprio territorio.	
4) Nell'ambito del governo della rete dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti:	
a) collaborare con la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali - sulla base di specifiche linee di indirizzo regionali – al censimento ed alla verifica della sussistenza di requisiti minimi dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti del proprio territorio;	

b) avviare una graduale presa in carico degli anziani accolti presso i servizi semiresidenziali per anziani attraverso la valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf –FVG; c) predisporre convenzioni con i Centri Diurni ai fini dell'erogazione del contributo per l'abbattimento delle rette (art. 13 L.R. 10/97).	– Predisposizione di convenzione specifica con i centri diurni per non autosufficienti secondo indicazioni regionali.

Attuazione al 31.12.2011

1. E' stato individuato come referente aziendale il direttore del Distretto Est e comunicato alla Direzione in data 4 agosto 2011.
2.
   a. L'Area della Formazione Aziendale ha collaborato con l'Area Welfare per la realizzazione per tutta la Regione degli eventi formativi sul set degli indicatori per il monitoraggio della qualità, sia in Azienda sia presso le strutture residenziali per anziani.
   b. In data 20.10.2011 è stato realizzato, come da indicazioni regionali, un audit presso una struttura residenziale per anziani del distretto Ovest.
3. Il monitoraggio dell'utilizzo dello strumento di VMD Val.Graf–FVG e dei sistemi informatizzati e-GENeSys e SIRA-FVG nelle strutture residenziali per anziani convenzionate del proprio territorio avviene trimestralmente in occasione della liquidazione dei contributi per l'abbattimento delle rette.
4.
   a. Si è provveduto a verificare la sussistenza dei requisiti minimi previsti dal DGR n. 2326 del 18.11.2010 per i servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti che hanno presentato domanda di convenzione entro il 31.01.2011; successivamente si è pervenuti al convenzionamento con le ASP citate al successivo punto c.
   b. Per tutte le richieste di accoglimento in Centro Diurno viene effettuata una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf –FVG ai fini della definizione del progetto personalizzato in sede di UVD.
   c. Con DDG n. 162 dd 31/3/2011 è stata sottoscritta la convenzione con la ASP "Giovanni Chiabà" di San Giorgio di Nogaro ai fini dell'erogazione del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglimento nei servizi semiresidenziali di persone anziane non autosufficienti ai sensi della DGR 2326/2010 - anno 2011.
      Con DDG n. 161 dd 31/3/2011 è stata sottoscritta la convenzione con la A.S.P. "Umberto I" di Latisana ai fini dell'erogazione del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglimento nei servizi semiresidenziali di persone anziane non autosufficienti. ai sensi della DGR 2326/2010. anno 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.7 - Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF	
Obiettivo aziendale: Mantenimento delle attività per uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con malattie croniche e con disabilità utilizzando metodologie e strumenti basati su ICF ed opereranno attraverso operatori opportunamente formati.	**Risultato atteso:** Realizzazione di almeno 20 profili ICF con progetto personalizzato di intervento, di cui: – atteso: 5% (4) utenza gia ospite presso strutture residenziali o semiresidenziali; – atteso: 4 casi di primo ingresso nel segmento – offerta res. o semires. con disabilita; – atteso: 6 casi di soggetti in eta evolutiva; – atteso: 6 casi di soggetti ultra65enni; – atteso: 10 casi di soggetti seguiti presso CSM-24ore. Per tutti i casi e presente il consenso al trattamento dei dati personali.

Attuazione al 31.12.2011

Gli operatori hanno partecipato alla formazione specifica organizzata dal Gruppo Collaboratore O.M.S.

(giugno e settembre 2011).
Sono stati completati 21 profili ICF e sono stati definiti 21 progetti personalizzati:
- 4 casi di soggetti in età evolutiva
- 4 casi di primo ingresso nel segmento offerta residenziale o semiresidenziale con disabilità
- 6 casi di ospiti già presenti presso strutture residenziali o semiresidenziali con progetto in atto
- 7 casi di soggetti ultra 65enni.

Sono stati inoltre valutati 11 casi in carico al DSM (5 del CSM di Latisana e 6 del CSM di Palmanova).
Per tutti i casi è presente il consenso al trattamento dei dati personali.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.8 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate	
Obiettivo aziendale: Affidamento alla cooperazione sociale di inserimento lavorativo di quote di servizi.	**Risultato atteso:** Incremento della percentuale di cui al PAL 2010 (atteso 50% secondo le modalità di calcolo di cui sopra).
Attuazione al 31.12.2011 L'Obiettivo è stato stralciato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	
Incremento delle convenzioni stipulate con le cooperative sociali di inserimento lavorativo ai sensi dell'art.5 della legge 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, evidenziandone i contenuti secondo lo schema di convenzione tipo previsto dall'art.23 della LR 20/2006.	Aggiudicazione dell'appalto per la gestione delle aree verdi (78.000 €) e mantenimento delle convenzioni con le cooperative sociali.
Attuazione al 31.12.2011 L'appalto per la gestione delle aree verdi è stato aggiudicato dal DSC (con inserimento della clausola sociale).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Presenza tra i criteri di valutazione delle offerte la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Comunicazione al DSC dei criteri di valutazione per l'affidamento di servizi
Attuazione al 31.12.2011 E' prassi comunicare al DSC, tra i criteri di valutazione delle offerte, la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate al momento della trasmissione del capitolato. Tuttavia in tutto l'anno non si è mai verificato perché non è scaduto nessun contratto di servizi.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.9 - Azioni di supporto all'Amministrazione regionale nell'Area integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, dimensioni internazionali della salute e politiche familiari da parte dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana"	
Obiettivo aziendale: 1.1. Accompagnamento ed assistenza tecnica nel processo di riqualificazione del sistema delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti: 1. Riclassificazione Strutture Residenziali per anziani. 2. Classificazione servizi semiresidenziali. 3. Accreditamento Strutt. Resid. per anziani.	**Risultato atteso**: - Almeno 15 ore settimanali di servizio di help desk attivato. - Almeno 500 schede Val.Graf. imputate nel sistema e-GENeSys. - 100% di schede tipologiche sulle quali è stata effettuata una valutazione dell'impatto dei requisiti strutturali alla luce delle integrazioni regolamentari.

4. Sistema regionale e aziendale di monitoraggio e di promozione della qualità. 5. Sistema di finanziamento nelle strutture residenziali e nei servizi semiresidenziali. 6. Attività trasversali.	– Documenti in bozza a supporto amministrativo del processo di riqualificazione.

Attuazione al 31.12.2011

– è attivo per più di 15 ore settimanali un servizio di help desk per tutte le questioni legate al processo di riqualificazione del sistema delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti;
– sono state imputate nel sistema e-GENeSys oltre 500 schede Val.Graf.-FVG;
– è stata effettuata una valutazione dell'impatto dei requisiti strutturali alla luce delle integrazioni regolamentari su tutte le schede tipologiche ricevute;
– è stato garantito il supporto alla valutazione con sistema di VMD Val.Graf.-FVG presso le UVD e i servizi semiresidenziali per anziani convenzionati;
– sono state predisposte e trasmesse alla DCSISSePS competente diverse bozze di revisione ed integrazione del DPReg. n. 0333/Pres. del 2008, e dei suoi allegati. Si è provveduto ad integrare il D.P.Reg. 0333/08 e i suoi allegati con i requisiti e le procedure di autorizzazione alla realizzazione e al funzionamento dei servizi semiresidenziali.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso**:
1.2. Accompagnamento, assistenza tecnica e monitoraggio degli interventi relativi al fondo dell'autonomia possibile (FAP) ed al Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi): 1. Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (Fondo Gravissimi). 2. Fondo per l'autonomia possibile (FAP).	- Progetto di monitoraggio FAP. - Rapporto di monitoraggio FAP. - Rapporto di monitoraggio Fondo Gravissimi

Attuazione al 31.12.2011

– sono state realizzate tutte le attività di supporto alla DCSISSePS finalizzate all'erogazione della misura;
– è stato redatto il rapporto di monitoraggio sia per il FAP che per il Fondo Gravissimi.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1.3. Supporto alla definizione delle architetture informative sociosanitarie con particolare riguardo allo sviluppo e consolidamento delle procedure informatizzate di VMD Val.FVG e dei sw gestionali delle strutture per anziani non autosufficienti: 1. Sistema di VMD Val.Graf. 2. Sistemi Informativi.	- Documenti di specifiche tecniche e tracciati record prodotti. - Realizzazione di almeno un corso di formazione all'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf. attraverso FAD. - Almeno 15 ore settimanali di servizio di help desk attivato per la FAD.

Attuazione al 31.12.2011

– è terminata la manutenzione evolutiva del corso FAD che è stato rilasciato nella sua nuova versione;
– sono state pubblicate sul sito dell'Area Welfare le guide multimediali di supporto alla fruizione dei corsi FAD;
– è stato realizzato un corso in tema VMD Val.Graf. - FVG che ha formato 62 operatori;
– è stato avviato un secondo corso in tema VMD Val.Graf. - FVG;
– sono state garantite più di 15 ore settimanali di help desk;
– è in corso di realizzazione l'attività di sviluppo del corso PAI;
– è in corso di realizzazione l'attività di predisposizione dei materiali necessari per lo sviluppo del corso inerente i Profili di bisogno.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1.4. Accompagnamento, assistenza tecnica e monitoraggio dell'attuazione dell'atto di indirizzo riguardante le modalità di affidamento dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto dall'articolo 35, comma 5, della legge regionale 31 marzo 2006 n. 6: 1. Sistema di monitoraggio e verifica periodica delle modalità di affidamento dei servizi alla persona. 2. Accompagnamento al territorio nell'applicazione dell'Atto di Indirizzo.	- documento che definisce strumenti, modalità e gestione del monitoraggio dell'attuazione dell'atto di indirizzo - piano di accompagnamento informativo e di assistenza tecnica all'atto di indirizzo.

Attuazione al 31.12.2011
- È stato redatto il documento che definisce strumenti, modalità e gestione del monitoraggio dell'attuazione dell'atto di indirizzo;
- È stato predisposto il piano di accompagnamento informativo e di assistenza tecnica all'atto di indirizzo.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Supporto nella definizione e nel percorso di condivisione di un Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (Legge regionale n. 6/2006).	Bozze incrementali di documentazione propedeutica alla stesura del Piano Sociale.

Attuazione al 31.12.2011
- È stato predisposto il documento descrittivo dello **stato dell'arte del sistema integrato di interventi e servizi sociali** nel quale si intende illustrare, come e in che misura, il sistema integrato di interventi e servizi sociali (offerta in termini di struttura, attività, risorse, funzionalità) ha fatto fronte ai bisogni emersi ed emergenti (domanda sociale), in coerenza con gli obiettivi perseguiti dalla politica sociale regionale;
- È stata predisposta una **Swot Analysis** del sistema degli interventi e dei servizi integrati, ai fini di sintetizzare gli elementi di valutazione (punti di forza, punti di debolezza) desumibili dallo stato dell'arte e di fissare delle idee guida (minacce e opportunità) su cui si potrà sviluppare la successiva elaborazione del Piano Sociale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Supporto nella realizzazione di un laboratorio regionale per lo sviluppo della domiciliarità e dell'accessibilità, ed in particolare:	Documento quadro che definisca l'oggetto del Laboratorio e i progetti che ne fanno parte sia in termini di interventi in corso di attuazione che di nuove progettualità.

Attuazione al 31.12.2011
Per quanto attiene il documento quadro relativo alla Strategia regionale in tema di Accessibilità e Domiciliarità il prodotto definito dà conto degli attori individuati e coinvolti nonchè dei progetti condivisi che la regione presenta come Sistema Regione FVG nel corso degli incontri istituzionali e di diffusione.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Dare attuazione agli indirizzi operativi per lo sviluppo delle dimensioni internazionali di politiche della salute cosi come definiti nel piano operativo 2010-2013 e nel piano annuale 2011: 1. Funzioni generali di Gestione del Piano Operativo.	- Documento in bozza del piano operativo 2011. - Proposte progettuali di interesse regionale da sviluppare nell'ambito di programmi comunitari. - Documento di quadro procedurale amministrativo per l'identificazione e l'accompagnamento di interventi di interesse

2. Dimensione Europea. 3. Cooperazione Internazionale. 4. Azione umanitaria (censimento, tecnologie sostenibili, fondo ricoveri umanitari, interventi di azione umanitaria).	regionale in materia di cooperazione internazionale e azione umanitaria. – Almeno 2 seminari tematici e atti degli incontri.

Attuazione al 31.12.2011

- è stata predisposta la bozza di piano operativo anno 2011;
- sono state definite 7 candidature progettuali (in qualità di Lead partner o partner) in aree di intervento di interesse regionale a valere su diversi programmi europei;
- è stato predisposto il documento di quadro procedurale amministrativo per l' identificazione e l'accompagnamento di interventi di interesse regionale in materia di cooperazione internazionale e azione umanitaria;
- sono stati organizzati n2 seminari tematici e atti degli incontri (cod. ASS500363, ASS500364).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Fornire il supporto tecnico ed operativo per l'implementazione degli interventi previsti dalla LR 11/06 e s.m.i. al fine di riconoscere, sostenere e valorizzare la famiglia come soggetto sociale nei compiti di cura, educazione e tutela dei figli. In particolare, garantisce: 1. Supporto alla gestione operativa e allo sviluppo degli interventi: sostegno alle nascite, sostegno alle famiglie numerose e carta famiglia. 2. Supporto allo sviluppo ed avvio degli interventi regionali in favore dell'intervento denominato "associazionismo familiare". 3. Supporto redazione e pubblicazione del Piano regionale degli interventi per la famiglia.	1. Documento descrittivo delle attività svolte. 2. Bozze di atti regolamentari e amministrativi, dossier di approfondimento. 3. Bozza di documento e accompagnamento alla diffusione.

Attuazione al 31.12.2011

- l'attività di assistenza tecnica-amministrativa al Servizio Regionale competente e agli operatori, anche attraverso il servizio di help desk è stata realizzata; inoltre, su indicazione della Regione, è stata aggiunta una attività di analisi dell'avvio dello sviluppo dello strumento Carta famiglia, attraverso l'introduzione delle cd. "convenzioni non onerose";
- sono state realizzate e consegnate le bozze di atti ed è stata avvita la procedura per l'erogazione dei fondi per i progetti ex art. 18 di cui alla DGR n. 1843/2011 con la quale viene affidata ad ASS5 - Area Welfare di Comunità la delegazione amministrativa;
- é stata aggiornata e consegnata la bozza di Piano regionale famiglia ed è stata formulata la proposta di procedura per l'accompagnamento e la diffusione pubblica.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Fornire il supporto tecnico ed operativo per lo sviluppo e la riqualificazione del sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia, nell'ambito di applicazione della LR 20/2005 e s.m.i. In particolare, garantisce: 1. Supporto alla attività di censimento e monitoraggio della rete dell'offerta regionale: approfondimenti relativi all'offerta e alla domanda di settore.	– Dossier di approfondimento. – Bozze di atti regolamentari e amministrativi; – dossier di approfondimento. – Set di indicatori: definizione, procedure e – strumenti per l'utilizzo. – Documento descrittivo delle attività svolte.

2. Supporto alla revisione del sistema dell'offerta regionale, alle modalità di avvio dei servizi e alle modalità di intervento finanziario regionale. 3. Supporto all'analisi, modifica ed integrazione ed avvio del sistema di controllo, monitoraggio e vigilanza regionale. 4. Supporto alla realizzazione di azioni propedeutiche all'introduzione del sistema di accreditamento istituzionale regionale per i servizi. 5. Supporto alla individuazione di un set di indicatori e di sistemi informatizzati utili al monitoraggio delle politiche di settore. 6. Supporto attività di gestione delle relazioni e networking, formazione, ricerca e sviluppo rispetto alle attività da realizzare, fino al 31.12.2011.	

Attuazione al 31.12.2011

- è stato realizzato il supporto alla attività di censimento e monitoraggio della rete dell'offerta regionale: approfondimento dei dati economici relativi all'offerta di settore regionale - dossier;
- sono state realizzate e consegnate le proposte inerenti le procedure e gli strumenti per l'avvio, controllo, monitoraggio e vigilanza del settore regionale. Su indicazione della Regione è stata integrata l'attività di predisposizione della modulistica, che prevede anche l'interfaccia e la condivisione dei prototipi con i diversi stakeholder;
- é stato realizzato il supporto tecnico alla redazione delle bozze regolamentari di settore e al percorso di condivisione istituzionale, nonché il relativo dossier di approfondimento;
- è stato redatto un documento di sintesi delle attività svolte.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso**
"Sviluppare e implementare l'uso delle classificazioni internazionali secondo gli accordi stipulati con l'OMS e con il Ministero della Salute.	a) Evidenza di un piano pluriennale articolato in annualità, concernente lo sviluppo e l'implementazione dell'uso delle classificazioni internazionali. b) Evidenza del report annuale consuntivo sull'attività svolta.

Attuazione al 31.12.2011

a) Il piano pluriennale del Centro collaboratore italiano relativo al periodo di ridesignazione luglio 2011-luglio 2015 è stato concordato con.

Nell'ambito del Progetto IT.DRG, è stata inoltre inviata al Ministero della Salute la prima bozza del piano triennale di attività della linea di lavoro affidata al Friuli Venezia Giulia "Classificazione delle diagnosi".

b) Il report annuale consuntivo sull'attività svolta nell'ambito della collaborazione con OMS (periodo di rendicontazione luglio 2010 - luglio 2011) è stato caricato sulla piattaforma elettronica OMS riservata ai Centri collaboratori l'8 agosto 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso**
Supportare l'attuazione del PSSR in relazione alla presa in carico delle persone con malattie croniche e con disabilita.	– a1) Predisposizione della documentazione per la programmazione locale (PAT/PDZ e Piano Locale della Disabilita). – a2) Realizzazione di seminari tematici a supporto dei processi di programmazione. – b1) Realizzazione di iniziative di formazione

	finalizzate all'utilizzo della scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF da parte degli operatori delle ASS e dei SSC. – b2) Coordinamento e realizzazione di iniziative di formazione per le ASS che non sono state formate nel 2010 per l'utilizzo del nuovo sistema informativo per l'assistenza protesica.

Attuazione al 31.12.2011

a1) E' stata assicurata la collaborazione con la DCSISSePS, Area degli interventi sociali e dell'integrazione sociosanitara per la predisposizione di documenti finalizzati alla stesura dei piani locali.

a2) Sono stati realizzati seminari introduttivi legati all'attuazione del piano sociosanitario nell'ambito del programma di formazione residenziale di cui al punto 3.2 b.

b1) Per sostenere l'utilizzo degli strumenti di valutazione basati su ICF da parte degli operatori delle ASS e dei SSC**,** nel corso del 2011 sono stati effettuati 6 corsi accreditati ECM a cura dell'Area della Formazione aziendale dell'ASS5, coordinati e tenuti dagli esperti del CCOMS, in 26 edizioni per un totale di 163 ore d'aula a cui hanno preso parte 273 operatori (di cui 196 con obblighi di crediti ECM) provenienti da tutte le ASS regionali e dai Servizi Sociali dei Comuni della Regione FVG.

b2) E' stato assicurato il supporto alla formazione dei medici prescrittori all'uso dell'applicativo informatico alle Aziende sanitarie richiedenti. La formazione è stata fornita nell'ambito del programma di formazione continua ECM, in un totale di 10 corsi. Ogni Azienda richiedente ha provveduto ad accreditare il proprio programma formativo.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo regionale:	**Risultato atteso:**
Sviluppare sistemi informatici di supporto alla presa in carico integrata e all'erogazione dell'assistenza protesica.	Vengono assicurati adeguati livelli di collaborazione con il Sistema informativo regionale e INSIEL spa per la definizione di architetture informative per la disabilita e per l'erogazione dell'assistenza protesica; collaborazione alla predisposizione dell'applicativo web a supporto della presa in carico delle persone con disabilita, basato sull'architettura di fascicolo biopsicosociale elettronico.

Attuazione al 31.12.2011

Nell'ambito della collaborazione con il Sistema informativo regionale e INSIEL per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla presa in carico integrata e all'erogazione dell'assistenza protesica, il CCOMS ha sviluppato con Insiel un nuovo applicativo web denominato "Fascicolo biopsicosociale elettronico" (FBE) per la raccolta sistematica e codificata di informazioni sanitarie e sociali relative a ciascun individuo preso in carico dal sistema integrato dei servizi sociosanitari, basandosi su una nuova modalità di uso di ICF e sull'utilizzo di terminologie e nomenclatori sanitari disponibili.

L'applicativo utilizza la versione elettronica di ICF-CY messa a punto dal CCOMS nell'ambito del lavoro legato allo sviluppo e alla manutenzione del Portale Italiano delle Classificazioni (www.reteclassificazioni.it).

L'applicativo web è accessibile da rete intranet regionale e sanitaria del Friuli Venezia Giulia all'indirizzo: http://fbe.regione.fvg.it:8080/fbe/. Il carattere prototipale dell'applicativo rende necessario l'utilizzo del browser Mozilla Firefox (versione 3.6). L'accesso all'applicativo web avviene tramite l'inserimento della coppia di credenziali username/password rilasciate dai Servizi Informativi delle Aziende Sanitarie agli operatori coinvolti nel progetto di sperimentazione che ne hanno fatto richiesta all'Azienda Sanitaria di competenza secondo la consueta procedura utilizzata per gli applicativi in esercizio.

Nel corso del 2011, è stata testata la versione prototipale dell'applicativo web, utilizzato esclusivamente per le finalità di sperimentazione regionale su circa 200 casi da parte di circa 100 operatori sociali e sanitari abilitati e opportunamente formati nell'ambito di quanto richiesto alle ASS dalla linea per la gestione 2011 n. 3.4.4.7.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.1 : Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: L'Azienda prosegue nella diffusione della prescrizione elettronica delle prestazioni.	**Risultato atteso:** - La prescrizione elettronica viene introdotta sperimentalmente in Oncologia per la chemioterapia da maggio 2011. – Viene mantenuta la prescrizione elettronica presso le due RSA.
Attuazione al 31.12.2011 La prescrizione elettronica è stata attivata a maggio 2011 in Oncologia: vengono prescritte elettronicamente tutte le prestazioni che vengono erogate in Azienda. E' mantenuta l'attività di prescrizione elettronica presso le RSA. Si precisa che non è possibile assicurare ulteriori livelli di diffusione della prescrizione elettronica in considerazione di quanto già descritto con nota prot. 27340 del 30/09/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n 3.4.5.2 : Firma digitale	
Obiettivo aziendale: - L'azienda estende l'utilizzo della firma digitale ambulatoriale. - Introduzione dell'utilizzo della firma digitale alla lettera di dimissione.	**Risultato atteso:** - Vengono firmati digitalmente i referti ambulatoriali delle seguenti Strutture dei Presidi Ospedalieri di Palmanova e Latisana: Anestesia e TA, Ostetricia e Ginecologia, Medicina, Fisiatria, Medicina Legale e avvio dell'attività anche presso gli ambulatori distrettuali. - Avviamento dell'utilizzo della firma digitale sulla lettera di dimissione in tre Strutture di degenza (Ostetricia e Ginecologia, Medicina, Pediatria) a condizione che l'applicativo venga collaudato entro il 1 giugno.
Attuazione al 31.12.2011 – L'attività è stata realizzata sia a Palmanova che a Latisana: Medicina (marzo 2011), Fisiatria (marzo 2011), Medicina Legale (marzo 2011), Anestesia e TA (maggio 2011), Ostetricia e Ginecologia (settembre 2011). Nel mese di giugno l'attività è stata avviata anche presso gli ambulatori distrettuali. – L'obiettivo è stato stralciato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: il secondo risulato atteso è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.3 : Privacy	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario.	**Risultato atteso:** Individuazione della modulistica per il consenso del cittadino.
Attuazione al 31.12.2011 Obiettivo stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.8 : Qualità della cura **Linea n. 3.4.5.9 : Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza**	
Obiettivo aziendale: Completamento dell'introduzione dei sistemi informatici.	**Risultato atteso:** Si estende l'uso dell'applicativo G2 clinico all'Area di Emergenza di Palmanova.
Attuazione al 31.12.2011 L'Area di Emergenza di Palmanova usa l'applicativo G2 da maggio 2011. Si segnala che ciò avviene anche nell'Area di Emergenza di Latisana dallo stesso periodo.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.10 : PACS	
Obiettivo aziendale: Attivazione del sistema PACS aziendale, in coerenza con il cronoprogramma di progetto.	**Risultato atteso:** a) Provvedere alla realizzazione delle precondizioni logistico/infrastrutturali ed impiantistiche b) In coerenza con il cronoprogramma del progetto regionale e per quanto di competenza, garantire ogni collaborazione al gruppo di progetto DSC e ogni supporto necessario nella fase di installazione del sistema PACS aziendale e favorire le fasi di avvio e di messa a regime del sistema stesso.
Attuazione al 31.12.2011 a) Si è provveduto alla realizzazione dei requisiti logistici, infrastrutturali ed impiantistici necessari all'attivazione del sistema PACS. b) Sono stati effettuati i corsi di formazione organizzati da DSC ed Esaote e i corsi aggiuntivi organizzati dall'ASS 5. E' stata effettuata la formazione sul campo presso l'AUOTS per i due tecnici di radiologia individuati come referenti PACS. E' stata garantita la collaborazione al gruppo di progetto DSC. Sono state installate le apparecchiature in radiologia sia a Palmanova che a Latisana. Le attività di pertinenza aziendale sono state assicurate per tutta la fase propedeutica e in coerenza con il cronoprogramma di progetto in base al quale la fase di avvio delle prove di utilizzo clinico dei sistemi PACS presso le radiologie di Palmanova e di Latisana è iniziata nel mese di gennaio 2012.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.12 : Continuità delle cure ed estensione dei servizi territoriali **Linea n. 3.4.5.13 : Medicina convenzionata**	
Obiettivo aziendale: Applicazione del DPCM 26-03-2008 (certificati di malattia e trasmissione prescrizioni) e diffusione delle esenzioni da reddito.	**Risultato atteso:** I certificati di malattia INPS redatti dai medici dipendenti individuati vengono trasmessi tramite portale nel rispetto della normativa vigente.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamenti e logistica.	**Risultato atteso:** L'Azienda si coordina con il DSC per l'avvio delle azioni propedeutiche all'ingresso nel magazzino centrale in fase successiva all'avvio delle Aziende ASS n. 4 e AOU Udine.

Attuazione al 31.12.2011 Sono state realizzate le attività propedeutiche all'ingresso nel magazzino centrale.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 4.2: Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici.	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso del 2011 è stato redatto il progetto "Rifacimento pavimento, impianti elettrici, distribuzione interna CSM e SerT di Palmanova" ed inviato alla DCSISSePS; con nota prot. 13812 del 10.05.2011 è stata trasmessa la relativa relazione sanitaria a firma dei responsabili di struttura.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA
ASS 5 "BASSA FRIULANA"

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2007		Piano 2008		Piano 2009		Piano 2010	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	820,0	%	1.190,0	%	2.305,0	%	400,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	60,0	5,0%	1.820,0	79,0%	400,0	100,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%	797,0	67,0%	100,0	4,3%	-	0,0%
Cantiere in corso	820,0	100,0%	214,0	18,0%	130,0	5,6%	-	0,0%
Opera conclusa	-	0,0%	119,0	10,0%	255,0	11,1%	-	0,0%
Totale	820,0	100,0%	1.190,0	100,0%	2.305,0	100,0%	400,0	100,0%

	Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.000,0	%
Progettazione in corso	1.000,0	100,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%
Cantiere in corso	-	0,0%
Opera conclusa	-	0,0%
Totale	1.000,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					31.12.2010	31.12.2011
Ospedale di Latisana : messa a norma e accreditamento II lotto - torri impiantistiche III lotto - padiglione chirurgico IV lotto - padiglione chirurgico (strutture)	 2003 2004 2005	 2.499,0 4.000,0 7.000,0	nov 2009	dic 2013	15%	48%
Ospedale di Latisana Contributio straordinario per ripristino copertura dai danni causati da eventi atmosferici	2009	1.085,0	giu 2011	dic 2011	0%	0%
Ospedale di Latisana - Contributo straordinario per bonifica da rifiuti ospedalieri	2010	200,0			0%	0%
Ospedale di Latisana - Gruppo frigorifero	2011	600,0			-	0%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	388,0	388,0	388,0	*100%*
2007	293,0	293,0	293,0	*100%*
2008	368,1	368,1	368,1	*100%*
2009	1.550,2	1.308,3	1.429,8	*92%*
2010	3.138,8	1.004,9	1.693,7	*54%*
2011	2.171,5	-	1.252,1	*58%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	571,4	103,5	1.194,2	545,5
2007	1.314,8	236,5	1.128,3	475,7
2008	50,2	9,8	1.473,4	696,6

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
715,72	-

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Ambulanza (UO ADE/PS)	Palmanova	2009	110,0	-	in corso	in corso
Tomografia assiale computerizzata (UO Radiologia)	Palmanova	2010	1.140,0	-	in corso	in corso
Ecografi	Palmanova e Latisana	2010	262,0	252,2	in corso	concluso
Amplificatore di brillanza	Latisana	2010	140,0	84,6	in corso	concluso
Arredo e attrezzaggio - Pronto soccorso (B)	PS Latisana	2011	175,0	72,9	-	concluso
Arredo e attrezzaggio - Ambulatori (B)	Latisana	2011	271,0	-	-	in corso
Ausili per invalidi	Dip.Prev.	2011	150,0	135,2	-	concluso
Attrezzature informatiche		2011	100,0	100,0	-	concluso
Ecografo	Palmanova	2011	192,0	223,0	-	concluso
Sistema di monitoraggio multiparametrico	Palmanova	2011	156,0	-	-	non avviato
Tavolo Operatorio	Latisana	2011	109,5	109,5	-	concluso
Colonne laparoscopiche	Palmanova	2011	192,0	75,8	-	in corso

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivi aziendali Revisione dell'assetto delle funzioni coordinate (unica di Area vasta)	**Risultati attesi** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizioni delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento dei risultati finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31.12.2011 In data 28/04/2011 sono stati trasmessi alla DCSISSePS (prot. n. 25921/DG) i documenti relativi alle funzioni coordinate di Farmacia, Laboratorio analisi e Medicina trasfusionale ed è stata chiesta una dilazione per il progetto della funzione coordinata di Anatomia Patologica. Con nota prot. n. 40052/DG/ass6 del 30.06.2011 è stata chiesta un'ulteriore proroga per la stesura del progetto inerente alla funzione coordinata di Anatomia Patologica, da stendersi con il supporto e la supervisione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivi aziendali Miglioramento dell'efficienza del sistema	**Risultati attesi** Entro il 30/04/2011 approvazione del Piano attuativo di Area vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'Area amministrativa: - Trattamento previdenziale - Acquisizione del personale - Magazzino unico per farmaci e presidi sanitari - Fiscalità - Recupero crediti - Controllo sull'esenzione ticket
Attuazione al 31.12.2011 In data 29/04/2011 è stato trasmesso alla DCSISSePS (prot. n. 11143/DG) il documento elaborato congiuntamente dalle Aziende dell'Area vasta pordenonese relativo allo stato di attuazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'Area amministrativa per il miglioramento dell'efficienza del sistema e per il programma delle attività centralizzate (Linea progettuale n. 3.4.6) In data 27/12/2012 (nota n. 36320/DG) e 28/12/2011 (nota n. 36638/DG) sono stati trasmessi gli aggiornamenti del Piano attuativo di area vasta per il miglioramento dell'efficienza del sistema relativi a: - politiche e gestione delle risorse umane - ufficio unico del trattamento previdenziale dell'area vasta pordenonese - controllo su incompatibilità dipendenti aziende dell'area vasta pordenonese - procedura recupero crediti - controllo su autocertificazioni ticket - gestione condivisa patrimonio bibliografico e dei servizi bibliotecari.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

”

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	
Obiettivi aziendali a) Formulare il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa". Tale documento consiste in un organico e coordinato piano di interventi orientati al contenimento dei tempi di attesa. Indicherà pertanto i volumi prestazionali attesi, le azioni corredate da oggettivi indicatori di verifica, destinate ad agire sull'appropriatezza del consumo, sull'efficienza del sistema di produzione, sulla produttività delle risorse impiegate e sulle modalità organizzative che garantiscono trasparenza ed equità nell'accesso. Il piano deve indicare inoltre le sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall'art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009 e le modalità ed i tempi di intervento che consentano un riorientamento dell'offerta a seguito del verificarsi imprevisto di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete. L'azienda ASS 6 ha inoltre il coordinamento del monitoraggio di area vasta sulla realizzazione del piano di produzione e il rispetto dei tempi di attesa. L'informazione ai cittadini dovrà avvenire in modo omogeneo in area vasta e in conformità a quanto previsto dall'art.13 della L.R. 7/2009.	**Risultati attesi** a) Definizione del Piano di Produzione di area vasta entro il 31.03.2011 con la definizione dei seguenti elementi: - volumi prestazionali che ciascuna delle Aziende e delle strutture private accreditate che la compongono si impegnano a garantire, con correlata previsione di posti in agenda, formulando piani di lavoro trasversali esplicitanti per le diverse sedi eroganti la capacità produttiva complessiva in termini di ore di apertura e di calendari di erogazione programmati. - elenco delle sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall'art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009. I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico ed in più sedi di Area Vasta per le prestazioni di base. - modalità e tempi di intervento previsti dalle Aziende in caso di imprevisto o di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete di Area vasta. - piano di informazione ai cittadini in conformità a quanto previsto dall'art13 della L.R.7/2009 b) l'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area vasta. Fatti salvi alcuni documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010).
Attuazione al 31.12.2011 Individuata nell'Azienda ASS n.6, in quanto azienda territoriale committente, la funzione centralizzata per il coordinamento necessario a definire l'offerta prestazionale complessiva e il governo mediante il monitoraggio del Piano di produzione. Avviata l'attività di coordinamento in data 11 gennaio 2011 con lettera del DG alle aziende di area vasta, prot. 1714/DG per l'avvio dei lavori del gruppo tecnico. Convocato entro il 26 gennaio 2011 il gruppo tecnico formalmente individuato dalle Aziende per la costruzione e la valutazione dei contenuti del Piano di produzione di area Vasta con particolare riferimento al fabbisogno stimato, all'allineamento delle linee di produzione, ai processi riorganizzativi ospedalieri in essere, alla distribuzione territoriale degli erogatori e all'analisi dell'appropriatezza prescrittiva e dei tempi di refertazione, anche coinvolgendo i professionisti di branca. Sviluppato il piano di produzione comprensivo degli obiettivi e degli strumenti di governo di competenza aziendale e sovraziendale in risposta a situazioni critiche di forza maggiore. Adottato formalmente il piano e invio alla DCS in data 31.03.2011, prot. n. 20004/DG e avvio del monitoraggio mensile dei tempi di attesa e attivazione delle azioni previste dal piano di produzione di area vasta (riformulazione delle agende e passaggio all'AOSMA della funzione gestionale delle stesse a seguito dello scorporo degli Ospedali di San Vito e Spilimbergo). Definito nel piano di produzione anche il piano di minima per l' informazione ai cittadini che prevede le sedi e le modalità con cui devono essere prodotte le informazioni relative ai tempi massimi previsti e sulle procedure di cui agli articoli 7 e 12 della L.R.7/2009.	

”

Per tale attività è stato attivato un tavolo di area vasta coordinato dall' URP dell'azienda che si è riunito e ha verbalizzato l'attività e i piani operativi concordati nelle seguenti date : 15/07/2011; 22/07/2011; 13/09/2011; 14/10/2011;29/11/2011 I primi documenti prodotti sono stati inviati per la pubblicazione nel sito il 28/07/2001 e vengono continuamente implementati. Entro il 31.12.2011 sono state prodotte e capillarmente diffuse le locandine informative sui tempi massimi di attesa per le prestazioni traccianti mentre è stata data pubblicizzazione sul sito aziendale dei tempi di attesa delle singole prestazioni per tutta l'area vasta pordenonese.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.2: Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Garantire in Area Vasta la semplificazione delle prescrizioni specialistiche come previsto dall'art. 9 della LR 7/2009.	Il Piano di produzione di Area Vasta individua e attua le misure organizzative per la semplificazione delle prescrizioni specialistiche.
Attuazione al 31.12.2011 Definito il regolamento di Area Vasta Pordenonese per le prescrizioni per indagini specialistiche comprensivo dei punti sopra definiti. Il regolamento non è stato condiviso con i MMG e PLS in assenza del tavolo ex art. 49, mentre si è definito al tavolo tecnico regionale per la definizione dei criteri clinici di priorità in gastroenterologia la necessità di operare con regole condivise regionali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.3: Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/ prenotazione/ gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Revisione delle agende secondo le indicazioni regionali.	a) Proseguimento della revisione delle agende, in particolare di quelle critiche, oggetto di monitoraggio regionale. In particolare le agende devono essere: a. riformulate per attività prioritarie, programmata e di controllo; b. non nominative.
b) Strutturazione comune dell'organizzazione dell'offerta e della prenotazione centralizzata.	b) Avvio di una gestione integrata dell'offerta ambulatoriale a prenotazione centralizzata (CUP e CC).
c) Definizione delle modalità di prenotazione di prime visite, controlli e ritorni.	c) Avvio della distinzione, in fase di prenotazione, dei primi accessi, dei controlli e delle attività di "ritorno".
d) Offerta a CUP delle prestazioni in ALP.	d) Mantenimento dell'offerta ALP a prenotazione centralizzata.
Attuazione al 31.12.2011 a-b) Sono state condotte numerose revisioni con l'inserimento a CUP della maggior parte delle agende degli erogatori privati di area vasta con cui sono stati condivisi i regolamenti per la prenotabilità al CUP/Call-Center in coordinamento con la altre Aziende dell'Area Vasta; In particolare completata l'offerta a CUP/ Call center delle prestazioni di area radiologica e delle prestazioni traccianti di cui alla nota della DCSISSePS prot. 22965/SPS/APA del 29 dicembre 2010. c) La modalità di prenotazione di prime visite e controlli, le modalità con cui garantire un tasso di occupazione tendenziale del 90% di prestazioni traccianti e l'applicazione omogenea delle regole gestionali delle agende elettroniche coerentemente agli indirizzi della L.R. 7/2009 sono state oggetto di accordo di area vasta in fase di redazione.	

”

d) Sono stati avviati i processi di ampliamento dell'offerta a prenotazione centralizzata e dal 18 aprile 2011 è concluso il processo di passaggio delle agende e delle modalità di prenotazione delle agende dell'attività istituzionale e ALP alla nuova entità AOSMA.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.4: Prescrizione elettronica e prenotazione on line	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Prescrizione elettronica: Avviare le procedure per l'emissione elettronica delle ricette da parte degli specialisti ospedalieri, ambulatoriali, MMG e PLS utilizzando il Portale di continuità della cura prevedendo una prima fase in cui verrà sperimentata la qualità e tempestività della prescrizione elettronica.	Condizionatamente all'emanazione delle indicazione del MEF e alla disponibilità delle modifiche applicative SISSR: a) Avvio delle procedure per l'emissione elettronica delle ricette.
b) Restituzione referti: Implementare le procedure e il coinvolgimento delle strutture specialistiche per l'invio al cittadino e al prescrittore dei referti in formato elettronico.	b) Avvio di iniziative in coordinamento con le indicazioni regionali per l'attivazione dei flussi di restituzione dei referti in formato elettronico.
c) Prenotazione da parte dei MMG/PLS: Avvio del processo di coinvolgimento dei MMG per la sperimentazione delle prenotazioni direttamente dallo studio medico ai sensi dell'art. 16, comma 5 della L.R. 7/2009.	c) Avvio di un gruppo di MMG sperimentatori delle procedure di prenotazione delle prestazioni direttamente dallo studio dei medici tramite il portale di Medicina generale o tramite software diverso se in linea con gli standard di connessione.
Attuazione al 31.12.2011 a) Per quanto riguarda la prescrizione elettronica presso MMG e PLS non è stata portata a termine nessuna azione di diffusione del modulo di prescrizione all'interno del portale continuità della cura, in quanto non sono pervenute indicazioni dalla DCSISSePS sulla possibilità di implementare detto strumento. Per la diffusione della prescrizione presso le strutture ambulatoriali è stato messo a disposizione il modulo PSM per tutti i medici specialistici distrettuali con l'avvio del sistema G2Clinico – Firma Digitale (linea 3.4.5.9). Il modulo è in uso da parte degli specialistici. b) Non affrontate le problematiche connesse alla tutela della privacy; indicazioni regionali insufficienti. c) I tavoli tecnici e istituzionali con i MMG per lo studio di fattibilità e l'avvio della sperimentazione regionale non sono stati attivati in carenza degli accordi decentrati regionali del CCN. Per progettazione autonoma sono stati stipulati accordi con le associazioni di categoria dei farmacisti ed al 31.12.2011 sono attivi gli sportelli CUP dei quasi tutte le farmacie territoriali dei Distretti Sud e Nord ed è prevista la prossima attivazione dei Distretti Est ed Ovest.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: risultato atteso b) e c) è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.1.5: Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Garantire al cittadino l'erogazione della prestazione in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nelle Strutture dell'Area Vasta.	- L'accordo di area vasta esplicita il piano di produzione a garanzia del rispetto dei tempi di attesa critici e le procedure di intervento e compensazione economica interaziendale. - Eventuali prescrizioni delle prestazioni soggette al rispetto dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della LR 26-03-2009 n. 7, senza l'esplicitazione del criterio di priorità, sono comunque vincolate all'erogazione entro 120gg.

”

Attuazione al 31.12.2011 Definito l'accordo di area vasta per recepimento delle prestazioni e del livello di priorità in cui è previsto il diritto del cittadino a ricorrere ad altra struttura, le modalità di informazione al cittadino dei TA e la procedura riconoscimento e rilascio attestazione di "Mancato rispetto dei TA" Il documento è stato inviato formalmente alla DCSISSePS dalla Direzione Generale in data 15.04.2011 con prot. n. 23684/DG.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.6: Libera professione	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Definizione del rapporto Attività Libero Professionale (ALP) vs Attività Istituzionale (AIST).	a) E' storicizzato sui dati consuntivi 2010 il rapporto ALP/AIST e sono definiti gli obiettivi prestazionali garantiti.
b) Azioni sulla retribuzione di risultato per la riduzione dei TdA.	b) Avvio di iniziative in coordinamento con le indicazioni regionali per la riduzione dei TdA nell'attività istituzionale attraverso modalità incentivanti e di razionalizzazione dell'offerta.
c) Modalità di controllo e previsione di interventi quando necessario.	c) Avvio di una rilevazione periodica sui volumi di ALP per le prestazioni critiche in particolare al fine di valutare la coerenza tra volumi e TA delle prestazioni erogate in ALP e in AIST.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stato discusso dal tavolo tecnico di Area Vasta: gli accordi al tavolo tecnico ribadiscono le autonomie aziendali nella definizione dei limiti storici tra ALP e AIST nelle prestazioni individuate come critiche. Per l'ASS6, dopo lo scorporo degli ospedali, l'erogazione di prestazioni specialistiche è limitata a poche branche con una sola specialistica critica (oculistica) dove il valore storico dell'attività in ALP è stato stimato pari al 1,1% , valore residuale ed ininfluente per il governo dei tempi di attesa.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.7: Criteri di priorità	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Collaborare alla formulazione di criteri di priorità condivisi a livello regionale.	a) Partecipazione alle riunioni tecniche promosse dalla Regione.
b) Implementare le agende di prenotazione individuate e condivise in area vasta.	b) Implementazione delle agende con criteri di priorità in area vasta entro 4 mesi dalla emanazione dei criteri di priorità regionale.
Attuazione al 31.12.2011 a) Individuato il referente aziendale per la parte organizzativa e gestionale e comunicato con atto formale alla DCSISSePS dalla Direzione Sanitaria con nota prot 34339/DS del 3.6.2011 Avviato il processo di omogeneizzazione delle regole gestionali delle agende mediante l'individuazione di un gruppo di lavoro dei responsabili distrettuali dell'offerta di specialistica ambulatoriale attivo dal 21.06.2011. b) L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

”

3.4.2 PREVENZIONE

Linea n. 3.4.2.1: Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali

Obiettivo aziendale	**Risultati attesi**
a) Prosecuzione dell'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili con mantenimento/ miglioramento delle coperture raggiunte. Tali programmi saranno rivisti sulla base del PRP, quando deliberato.	a.1) Coperture vaccinali: - 1° dose MMR oorte 2009: >90% - 2° dose MMR: > o uguale all'85% - 3° esavalente: >95% - 4° DTPaP coorte 2005: >93% - 5° DTPAa coorte 1995: >80% 3 dosi HPV come da obiettivo regionale 2011 (coorti 1996 2000) > o uguale al 60% - 3 dosi HPV come da obiettivo regionale 2008/2009 (coorti 1993 , 1994 , 1997 , 1998 : > o uguale al 50%. a.2) Utilizzo routinario della check list anamnestica informatizzata pre vaccinale (verifica dal SIR) in tutte le sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione. a.3) Elaborazione del report annuale 2011 entro Febbraio di 2012.
b) Rilevare attivamente gli eventi avversi alle vaccinazioni.	b.1) Compilazione di una scheda di rilevazione delle reazioni avverse per tutte le dosi del calendario vaccinale. b.2) Inserimento nel sistema informativo di tutte le schede con reazioni importanti (criteri definiti dalla scheda di rilevazione) entro la fine del 2011.
c) Proseguire le attività di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.	c.1) Applicazione, in tutte le sedi vaccinali, delle procedure di gestione degli inadempienti; c.2) Valutazione dell'agenda informatizzata entro la fine dell'anno 2011. c.3) Identificazione delle strategie per miglioramento dell'accessibilità alle vaccinazioni e della copertura per i gruppi ad alto rischio, come indicato nel PRP che verrà emanato dalla Regione. c.4) applicazione del regolamento della seduta vaccinale regionale in tutte le sedi vaccinali.

Attuazione al 31.12.2011

Le coperture vaccinali sono state

	Risultato Atteso	Risultato raggiunto al 31.12.2011
3°ESA	>95%	95.1%
1°dose MMR	>90%	92.9%.
2° dose MMR	>85%	91.3%
4° DTPaP	>93%	93.4%
5° DTPaP	>80%	93.9%
HPV 2000: 1 dose	Almeno 60% alla 3° dose	75.7%
HPV 2000: 2 dose		73.5%
HPV 2000: 3 dose		59.4%
HPV 1996: 1 dose	Almeno 60% alla 3°	80.3%

”

HPV 1996: 2 dose	dose	78.1%
HPV 1996 3 dose		70.4%
HPV 1993: 3 dose	Almeno 60% alla 3° dose	78.3%
HPV 1994: 3 dose		80.6%
HPV 1997: 3 dose		77.8%
HPV 1998: 3 dose		76.5%

a.1) Sono state offerte le vaccinazioni oggetto dei programmi regionali (calendario vaccinale Regione FVG).
a.2) E' stata effettuata una informazione mensile tramite posta elettronica e/o riunioni con gli operatori dei servizi vaccinali relativa ai report di attività.

a.3) Sono stati effettuati i seguenti eventi formativi: Corso ECM del 20 e 21.06.2011 – "Responsabilità medico legali: vaccinazioni e inadempienti"; Formazione residenziale ECM del 27.09.2011, 04.10.2011, 18.10.2011, 08.11.2011 – " Principali malattie infettive prevenibili con la vaccinazione: aspetti clinici, epidemiologici e preventivi."
b.1) sono state compilate le schede di rilevazione delle reazioni avverse pervenute durante l'anno ed inserite nel sistema informatico SIASI;
b.2) sono stati prodotti n. 2 prospetti semestrali riassuntivi delle reazioni avverse registrate (giugno 2011 e dicembre 2011);
Tabella riepilogativa delle sospette reazioni avverse a vaccini

VACCINO	NOME COMMERCIALE/ DITTA	SEGNALAZIONI 1° semestre	SEGNALAZIONI 2° semestre
ESAVALENTE	Infanrix Hexa SmithKline Beecham	3	1
DTa	Dif-Tet-All Novartis	2	
DTPaP	Tetravac Sanofi Pasteur msd spa		1
Antipneumococcico 13valente	Prevenar Wyeth	2	
Anti HPV	Gardasil Sanofi Pasteur MSD		1
Antinfluenzale virosomale	Inflexal V Crucell	1	1
Antipneumococcico 13valente	Prevenar Wyeth		2
Antifebbre gialla	Stamaril Pasteur	1	
MMR	Priorix GlaxoSmithkline spa	1	1
Anti HAV	EPAXAL	1	
Anti TBE	Ticovac adulti Baxter spa	1	1
NUMERO TOTALE		12	8

c) Il Direttore del D.P. ha incaricato la P.O., il Coordinatore del SISP e una Assistente Sanitaria quali componenti del team per il miglioramento di qualità dell'attività vaccinale (monitoraggio delle procedure, miglioramento dell'accessibilità e della copertura per i gruppi ad alto rischio);
c.1) Per la gestione degli inadempienti è stata effettuata la verifica degli inadempienti ed attivata la procedura in tutte le sedi vaccinali. Le stesse procedure e la medesima modulistica vengono utilizzate in tutte le sedi, inoltre è stata aggiornata durante l'anno:
- Protocollo Inadempienze
- Modulo invio inadempienza alla vaccinazione

"

- Modulo rientro inadempienza alla vaccinazione
- Modulo dissenso alla vaccinazione per i genitori
- Modulo comunicazione inadempienza al PLS

c.2) L'agenda informatizzata generata è stata utilizzata in tutte le sedi vaccinali; si è provveduto ad effettuare degli incontri con INSIEL per la valutazione e per l'ottimizzazione del suo utilizzo; Sono state stese n.2 griglie di valutazione dell'agenda informatizzata in collaborazione con l'INSIEL nelle seguenti date: 17.05.2011, 05.10.2011;

c.3) Partecipazione al gruppo di lavoro regionale in data 14.3.2011 e 6.10.2011 per il miglioramento delle coperture vaccinali degli appartenenti ai gruppi ad alto rischio, da parte di un Dirigente Medico del Servizio Vaccinazioni e del coordinatore SISP;

Nel mese di ottobre sono stati forniti ai MMG e PLS gli elenchi aggiornati dei pazienti appartenenti a categoria di rischio per le vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica;

Sono state riviste e aggiornate alcune procedure (es. lettere invito alle vaccinazioni, cartellini vaccinali)

c.4) in ogni sede vaccinale è presente copia del regolamento della seduta vaccinale strumento quotidiano consultato dall'operatore per qualsiasi problematica legata alla vaccinazione; la valutazione dell'applicazione del regolamento della seduta vaccinale da parte degli operatori è stato effettuato tramite tabulati di attività rilevati nel sistema SIASI dell'INSIEL, consultati periodicamente nel corso dell'anno a fini di programmazione e verifica in itinere; è stato prodotto un riepilogo finale dell'attività dei singoli operatori per tutto l'anno.

In tutte le sedi vaccinali viene utilizzata la check list anamnestica informatizzata; presso la sede di Maniago, è risultata difficoltosa la sua applicazione come evidenziato con nota del 04.07.2011 inoltrata al Servizio Informatico Aziendale; inoltre, frequentemente, il sistema informatico SIASI non è funzionante e l'iter del ripristino ha richiesto attese non brevi.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.2: Prevenzione infortuni e malattie professionali

Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Attivare, promuovere azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione anche condivisi con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	a.1) Monitorare almeno il 20% dei cantieri edili notificati.
b) proseguire nell'inserimento infortuni gravi e mortali segnalati ai servizi sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione o altra azione elementi di natura prevenzionistica.	a.2) Mantenere il numero di cantieri edili vigilati (nel 2010, alla data del 15.11.2010, si prevede vengano controllati 290 cantieri)
c) proseguire nell'inserimento malattie professionali segnalati ai servizi sul programma già ISPESL limitatamente ai casi in cui l'attività di indagine porti a riconoscere anche tramite la prescrizione od almeno possa individuare elementi di concausa professionale.	a.3) Stendere un piano di intervento congiunto interaziendale da proporre all'ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento.
d) svolgere azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione nel comparto dell'agricoltura.	b) Inserire tutti gli eventi occorsi rientranti nella definizione di gravi accaduti tra il 30.09.2010 ed il 30.06.2011.
	c) Inserire almeno il 50% dei casi di malattia professionale repertati dopo il 1.1.2010 ed oggetto di indagine da parte dei servizi. In ogni caso saranno inseriti tutti i casi di malattia professionale repertati nel 2010 e trattati entro 30.09.2011.
	d) Monitorare il numero di aziende agricole che verrà definito a livello regionale come di competenza di questa azienda territoriale.

Attuazione al 31.12.2011

<u>Monitoraggio e vigilanza cantieri edili notificati.</u>

Le notifiche pervenute nel corso del 2011 sono state 1890: il numero dei cantieri da monitorare (20%) è risultato 378. Le notifiche inserite nel gestionale secondo i criteri di selezione definiti al livello regionale sono state 709.

E' stata garantita la partecipazione alle riunioni di coordinamento delle UOPSAL;

Alla data del 31.12.2011 sono stati monitorati 327 cantieri, su un potenziale di 378 cantieri monitorabili sulla

”

base delle notifiche pervenute (pari all'86%).
Sono stati vigilati 316 cantieri (315 del 2010)
Il Piano interaziendale ha prodotto alcuni documenti che sono stati presentati sia all'Ufficio Operativo che al Comitato ex art.7 del DLGS 81/08 e s.m.i. nella seduta della 02.12.2011
Infortuni gravi e mortali
Non è stato possibile attivare una postazione SPSAL per la lettura telematica dei certificati INAIL redatti dalle strutture di Pronto Soccorso provinciali per indisponibilità INSIEL
E' stata realizzata solo una riunione per difficoltà organizzative legate alla disponibilità dei Dirigenti dell'AOSMA
Sono state effettuate le tre riunioni regionali quadrimestrali (disponibili verbali) In tali riunioni è stato confermato che gli infortuni gravi legati alle attività di manutenzione di macchine o impianti secondo le indicazioni del PrP sono pochissimi. A livello locale sono stati inseriti tutti questi casi di infortunio mortale e tutti quelli gravi rispondenti ai criteri fissati dal PRP per i quali il Servizio ha svolto una indagine.
Malattie professionali
Sono state effettuate tutte le tre riunioni quadrimestrali. Tutti i casi con nesso di causa o concausa positivi sono stati inseriti. In particolare sono stati inseriti tutti casi di MP repertati nel 2010 e trattati entro 30.09.2011e sono stati inserire almeno il 50% dei casi di malattia professionale repertati dopo il 1.1.2010 ed oggetto di indagine da parte del servizio.
Monitoraggio e vigilanza comparto dell'agricoltura.
Le riunioni indette a livello regionale sono state effettuate ed hanno visto la partecipazione di delegati del gruppo regionale. E' stata anche realizzata la riunione di presentazione dei dati relativi al monitoraggio 2011 che è stata organizzata il giorno 20.12.2011 a Palmanova. Le aziende monitorate dall'ASS6 sono state 33 sulle 29 previste
Sono state svolte riunioni con la Federazione Provinciale Coltivatori Diretti, Unione Agricoltori (Confagricoltura), Confederazione Italiana Agricoltori (CIA).
In questa fase non sono previste azioni di vigilanza.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.3: Prevenzione obesità	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Applicare le linee di indirizzo regionali per l' alimentazione nei nidi d'infanzia 3 mesi -3 anni.	a) 60% dei nidi d'infanzia 3 mesi -3 anni con menù rivisto e validato dal SIAN.
b) Aggiornamento e condivisione a livello regionale delle Linee Guida per la ristorazione collettiva.	b) Bozza aggiornata delle Linee Guida ristorazione collettiva.
c) Promuovere e sostenere presso le donne in età fertile l'allattamento esclusivo al seno fino al sesto mese di vita del neonato attraverso azioni individuate sulla base.	c) Inserimento dei dati sull'allattamento al seno 0-6 mesi aggiornato.
d) Proseguire le azioni di sensibilizzazione sull'importanza dell'attività motoria in vari settings della comunità.	d) Monitoraggio dei dati relativi a luoghi e attività presenti nel territorio provinciale idonei ad incentivare il movimento e l'attività fisica.
e) Ridurre il sovrappeso in età infantile 0-5 anni.	e) 60% dei nidi d'infanzia 3 mesi - 3 anni con interventi formativi contestuali effettuati dopo la diffusione delle linee di indirizzo regionali.

Attuazione al 31.12.2011
Applicare le linee di indirizzo regionali per l' alimentazione nei nidi d'infanzia 3 mesi -3 anni
a) il 79% dei nidi d'infanzia (3 mesi – 3 anni) presenti sul territorio provinciale e anche 8 nidi integrati alle scuole per l'infanzia hanno il menù rivisto e validato dal SIAN.
Aggiornamento e condivisione a livello regionale delle Linee Guida per la ristorazione collettiva

”

b) il SIAN ha partecipato attivamente ai lavori di aggiornamento delle Linee Guida regionali per la ristorazione scolastica ed è stata predisposta una prima bozza in ottobre 2011.

Allattamento esclusivo al seno

c) i dati sull'allattamento al seno 0 – 6 mesi 2011 sono stati rilevati ed inseriti nel sistema applicativo regionale.

Azioni di sensibilizzazione sull'importanza dell'attività motoria in vari settings della comunità

d) per intervenute difficoltà con l'Amministrazione provinciale il monitoraggio dei dati relativi a luoghi e attività presenti nel territorio provinciale idonei ad incentivare il movimento e l'attività fisica non è realizzabile. Sono comunque continuate le azioni di sensibilizzazione sull'importanza dell'attività motoria presso scuole, incontri con genitori e popolazione generale, formazione operatori sanitari e associazioni di volontariato. Inoltre, il 14 dicembre 2011 si è tenuto un incontro con l'ARCI di Cordenons per la programmazione di un "Gruppo di cammino" comunale.

Ridurre il sovrappeso in età infantile 0-5 anni

e) Personale del SIAN ha partecipato come docente il 12 marzo 2011 ad un incontro organizzato dal Gruppo Territoriale Nidi e Infanzia FVG, rivolto ai nidi d'infanzia della provincia di Pordenone per presentare le "Linee Guida per un'alimentazione nei nidi d'infanzia". Il 21 e 28 giugno 2011 è stato organizzato dal SIAN un corso di formazione provinciale sulle Linee Guida rivolto ai nidi d'infanzia e ai nidi integrati alle scuole materne dal tema: "Corretta alimentazione, diete speciali e celiachia: quale gestione nel nido d'infanzia". Il corso ha raggiunto il 79% dei nidi d'infanzia e 8 nidi integrati alle scuole materne, coinvolgendo n. 93 operatori.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.4: Prevenzione incidenti stradali

Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Partecipazione al progetto SicuraMENTE	a.1) Realizzazione di interventi in almeno 2 scuole della Provincia per l'anno scolastico 2010/2011 e 2011/2012. a.2) Raccolta dei materiali prodotti dalle scuole aderenti per l'anno scolastico 2010/2011.
b) Prosecuzione del progetto sui "Determinanti di salute in ambito urbano"	b) Realizzazione di incontri tecnici con gli operatori degli uffici che si occupano di progettazione urbanistica in almeno 2 distretti della Provincia, ai fini della condivisione dei criteri da adottare nella pianificazione urbanistica e nei procedimenti di VAS.
c) Rilevazione dei decessi conseguenti all'incidente stradale attraverso le schede ISTAT.	c.1) Rilevazione di tutte le schede ISTAT dei decessi in incidente stradale dell'anno 2009 (per rilevazione completa di 6 anni) entro il I° semestre 2011. c.2) Aggiornamento dei dati e stesura di un report di epidemiologia descrittiva sul fenomeno entro la fine di 2011

Attuazione al 31.12.2011

Partecipazione al progetto SicuraMENTE

a.1) Nella provincia di Pordenone sono stati effettuati 2 interventi in 2 scuole secondarie di 2° grado nell'anno scolastico 2010/2011 (Leopardi/Majorana di Pordenone e il Pujati di Sacile).

È stata garantita la partecipazione al tavolo di lavoro regionale sul progetto.

Nei giorni 1-2 e 5 dicembre 2011 (anno scolastico 2011/12) sono stati effettuati 3 interventi in collaborazione con la Polizia Stradale, l'USR, l'ACI e il Dipartimento delle Dipendenze in 3 scuole secondarie di 2° grado (per un totale di ca 600 studenti).

a.2) i licei Leopardi/Majorana di Pordenone e Pujati di Sacile hanno predisposto e consegnato in Regione, entro

”

aprile 2011, i materiali elaborati dagli studenti, per la partecipazione al concorso di idee (il liceo Pujati ha vinto il primo premio).
Determinanti di salute in ambito urbano
b) Per la prosecuzione del progetto sui “Determinanti di salute in ambito urbano” sono stati realizzati gli incontri tecnici con gli operatori degli uffici nel Distretto Urbano (Pordenone) e Sud (Azzano X).
Rilevazione dei decessi conseguenti all’incidente
c.1) sono state raccolte le schede di morte per causa violenta, con il luogo del sinistro dell’anno 2009;
c.2) sono state inserite le schede in database elettronico (Epidata) e SIASI ;
c.3) è stata effettuata analisi dati;
c.4) è stato elaborato il report.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.5: Prevenzione incidenti domestici	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) L’empowerment di coloro che gestiscono le fasce di popolazione a maggior rischio: badanti, care-givers, baby sitter e nonni sulla prevenzione degli incidenti domestici.	a.1) Organizzazione e attuazione di 1 evento formativo (in collaborazione con le altre aziende della regione) rivolto ai care-givers e agli anziani sulla prevenzione degli incidenti domestici entro la fine del 2011; a.2) Organizzazione e attuazione di eventi formativi pre e post parto in almeno 1 distretto (in collaborazione con i consultori familiari) sulla sicurezza del bambino in casa entro la fine del 2011; a.3) Uno studio di fattibilità sulla possibilità di estendere gli eventi formativi nel punto 2 sopra ad almeno un altro distretto.

Attuazione al 31.12.2011
L’empowerment di coloro che gestiscono le fasce di popolazione a maggior rischio
a1) il 9 e 16 novembre 2011 sono state effettuati in 2 comuni della provincia 2 incontri con la popolazione anziana e con i loro famigliari. Al distretto nord dell’azienda si è effettuato 1 incontro con la dirigenza distrettuale per la programmazione di un progetto per la prevenzione degli incidenti domestici nella terza età e un incontro con il gruppo di lavoro individuato, costituito da rappresentanti del sanitario, del sociale e del terzo settore.
a2) nel distretto ovest, in collaborazione con il consultorio familiare, sono stati effettuati 3 incontri nell’ambito dei corsi pre e post parto con le gestanti e le neo mamme
a3) nel distretto nord, in collaborazione con il consultorio familiare, è stato effettuato un incontro con le partecipanti al corso di preparazione al parto sulla sicurezza della casa per il bambino ed è stato programmato il 2° incontro.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.6 : Programma guadagnare salute	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Aderire ed implementare sul territorio le iniziative nazionali di prevenzione del tabagismo rivolte ai seguenti setting: Aziende, istituti scolastici, luoghi di lavoro e locali pubblici.	a.1) Adesione di almeno 8 scuole nell’anno scolastico 2010/2011 ai progetti nazionali. a.2) Adesione al progetto ministeriale CCM “Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia” per la prevenzione del tabagismo: - nei luoghi pubblici prevede la rilevazione del rispetto della legge 3/2003 nel 2010.

”

	L'elaborazione, comunicazione e diffusione di tali dati è prevista nell'anno 2011; - nei luoghi di lavoro privati prevede la rilevazione del rispetto della legge 3/2003 nel 2011; - negli ambienti sanitari prevede la partecipazione al gruppo di lavoro nazionale per la stesura del protocollo d'intervento.
b) Realizzare delle iniziativi di contrasto all'assunzione ed alla somministrazione di alcool nelle attività lavorative a rischio con particolare priorità per il comparto dei trasporti.	b) Raggiungimento di almeno 40 imprese del comparto dei trasporti con iniziative di tipo informativo/formative.
c) Dare continuità per il prossimo triennio (2011-2013) al programma aziendale "Stili di Vita come Fattori di Promozione della Salute".	c.1) informazione del pubblico sul progetto "Merenda sana uguale per tutti e movimento: un'associazione vincente". c.2) nuova adesione di un'amministrazione comunale della provincia di Pordenone alla realizzazione di un'attività di "Pedibus" sul proprio territorio. c.3) Co-progettazione con almeno 2 plessi scolastici e relative amministrazioni comunali, per implementare il progetto "Merenda sana uguale per tutti e movimento: un'associazione vincente".

Attuazione al 31.12.2011

Aderire ed implementare sul territorio le iniziative nazionali di prevenzione del tabagismo

a.1) Progetti di prevenzione del tabagismo rivolti alle scuole: nel corso dell'anno scolastico 2010/11 è stato distribuito il materiale didattico per i progetti "Smoke Free Class C." e "Liberi di scegliere" alle classi aderenti di 8 scuole della provincia e monitorato l'andamento durante il corso dell'anno. Il 31 maggio 2011 è stata organizzata la manifestazione finale dei progetti presso l'Auditorium Concordia di Pordenone, vi hanno partecipato circa 350 studenti. Nell'anno scolastico 2011/12 hanno aderito ai progetti 10 scuole della provincia.

a.2) Adesione al progetto ministeriale CCM "Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia" per la prevenzione del tabagismo:

- nei luoghi pubblici. E' stata effettuata ancora nel 2010 la rilevazione del rispetto della legge 3/2003 nei locali pubblici attraverso questionari, i dati sono stati inviati alla regione capofila (Regione Veneto), dopo l'inserimento nell'apposito programma; è stata effettuata l'elaborazione dei dati da parte della regione Veneto e una prima diffusione tra gli operatori coinvolti
- nei luoghi di lavoro privati: sono stati inseriti entro il 31 dicembre 2011 da parte degli operatori dello SPSAL i dati relativi a 53 aziende presenti sul territorio provinciale e monitorate attraverso questionari.
- negli ambienti sanitari: è stata garantita la partecipazione alle riunioni del tavolo di lavoro intraregionale per la stesura del protocollo di progetto. È stato attivato il coordinamento regionale del progetto attraverso l'adesione alla formazione prevista e all'avvio delle azioni previste dal progetto

Realizzare delle iniziativi di contrasto all'assunzione ed alla somministrazione di alcool nelle attività lavorative

Dopo avere concordato il piano di formazione con il Dipartimento delle Dipendenze, è stato realizzato un primo corso di formazione che ha interessato 11 aziende del comparto Autotrasporti e 18 del comparto Edile Trasporto-Movimento Terra. Deve essere ultimato un secondo corso che viste le adesioni del precedente dovrebbe garantire il raggiungimento dell'obiettivo (40 Aziende)

Dare continuità per il prossimo triennio (2011-2013) al programma aziendale "Stili di Vita come Fattori di Promozione della Salute"

c.1) sono stati inviati al sito aziendale il report regionale della sorveglianza OKkio alla Salute e alcuni eventi organizzati dal gruppo di lavoro, rivolti alla popolazione o a target specifici, sul programma "Stili di vita come fattori di promozione della salute"

c.2) allo stato attuale il 12% della popolazione scolastica delle scuole primarie della Provincia di Pordenone aderenti ai progetti aziendali partecipa ad attività di pedibus; sul progetto è stato presentato un abstract al

”

Convegno della S.I.T.I. a Castelbrando (TV), che ha vinto il I° premio; inoltre l'amministrazione comunale di Roveredo in Piano in collaborazione con l'ASS 6 ha attivato durante l'anno scolastico 2010/11 una nuova linea di pedibus

c.3) nella Provincia di Pordenone, oltre la metà dei Comuni con almeno una scuola primaria o secondaria sul proprio territorio propone il progetto "Una merenda sana a scuola".

Nel corso del 2011 sono stati effettuati incontri programmatori con le istituzioni scolastiche e le amministrazioni comunali per il progetto "Merenda sana e movimento: un'associazione vincente" da applicare in 4 plessi scolastici di scuola primaria appartenenti a 3 nuove amministrazioni comunali (Budoia, San Giorgio della Richinvelda e Sequals).

c.4) nel corso del 2011 sono stati somministrati dei questionari agli studenti delle scuole secondarie di primo grado di Azzano Decimo (373), Chions (137) e Pravisdomini (97), e agli alunni e loro genitori della scuola primaria di Sequals (237), sono stati inseriti i dati (Epidata), è prevista nel 2012 la presentazione nei relativi istituti scolastici;

c.5) è stato redatta una sintesi delle azioni effettuate nel corso del 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.7: Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di audit e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari di svolgere i controlli ufficiali in modo coerente.	a) Raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare – anno 2011.
b) Organizzare eventi formativi per il personale su problematiche applicative del c.d. "Pacchetto Igiene".	b) Realizzare almeno 2 progetti formativi per il personale dei Servizi Veterinari su Area Vasta.
c) Razionalizzare ed uniformare le procedure operative del controllo ufficiale anche alla luce del Sistema informativo per i Servizi Veterinari e per i Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.S.A.Ve.R).	c.1) Migliorare la capacità di pianificarezione e programmazione l'attività di controllo ufficiale - secondo un calendario che tenga conto delle priorità sulla base delle valutazioni di rischio sanitario - del personale disponibile, delle attività già pianificate e delle eventuali emergenze sanitarie. c.2) Utilizzare il sistema informativo SISAVER e successivi aggiornamenti.
d) Realizzare progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE.	d) Evidenziare l'elaborazione di almeno un progetto secondo la metodologia PCM (Project Cycle Management) e dell'avvio delle fasi attuative.

Attuazione al 31.12.2011

a) il programma aziendale di controlli e di campionamenti ufficiali è stato elaborato in modo distinti per le tre aree di attività del Servizio veterinario (Sanità animale, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale)

- le rendicontazioni sono in linea con quanto richiesto

b) i bisogni formativi sono stati rilevati

- è stato realizzato un corso residenziale Approccio all'autocontrollo e alla valutazione del Rischio nella Produzione Primaria; è stato realizzato un corso di FSC rivolto ai veterinari e ai tecnici della prevenzione del Servizio Veterinario su Controlli ufficiali mediante audit (per SIAN: è stato realizzato un corso sulle tossinfezioni alimentari);

c) il Servizio veterinario si è proposto attivamente con INSIEL per il collaudo degli applicativi già sviluppati e per lo sviluppo di quelli ancora mancanti; sono stati realizzati degli incontri di formazione per il personale e questo ha permesso di constatare che lo sviluppo di Sisaver al 31.12.2011 è in ritardo per alcune funzioni;

questo determinerà un ritardo nell'adozione del gestionale e la necessità di prevedere per il 2012 di rinnovare il contratto con il gestionale Sferacarta. d) l'obiettivo e le conseguenti azioni sono state riviste alla luce della nota regionale prot. 13426/SPS/VETAL del 20/07/2011 che prevedeva, per quest'anno, la sola partecipazione ad un corso di formazione organizzato che è stato realizzato dalla ASS2 per conto della Regione.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.8: Programmi di sorveglianza	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Proseguire la sorveglianza per il Progetto nazionale PASSI. b) Proseguire la disseminazione dell'informazione per i Progetti nazionali PASSI, OKKio alla salute e HBSC.	a) Adesione alla sorveglianza come concordato a livello nazionale e regionale. b) Esecuzione di almeno n. 10 eventi di disseminazione dell'informazione entro la fine dell'anno 2011.
Attuazione al 31.12.2011 Progetto nazionale PASSI. Sono proseguite e completate le interviste PASSI, la raccolta dei dati e la loro elaborazione come da indicazioni regionali; Progetti nazionali PASSI, OKKio alla salute e HBSC. E'stato scritto l'articolo e pubblicato nel giornalino aziendale; è stato inoltre pubblicato sulla stampa locale l'articolo sul tabagismo e abitudini al fumo, che riportava i dati del progetto PASSI; nel numero di settembre del giornalino aziendale vi sarà l'articolo sul progetto "OKKIO alla salute"; dal 2011 ha aderito anche la Regione Friuli-Venezia-Giulia al progetto HBSC-CDC; effettuata la rilevazione in 51 classi della provincia di Pordenone delle scuole medie superiori; in attesa della restituzione dei dati (consegnati al Burlo Garofano di Trieste, capofila del progetto); A inizio 2011 sono stati realizzati incontri informativi coi responsabili dei Distretti e rappresentanti MMG; a marzo realizzato incontro coi genitori degli alunni del plesso scolastico di Bannia (Fiume Veneto); sono stati effettuati 7 incontri informativi con insegnanti e genitori degli alunni delle scuole primarie e secondarie afferenti al progetto "Merenda Sana e zaino in spalla".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.9: Programmi di screening	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Garantire, per la parte di competenza, l'invito della popolazione bersaglio annuale per i tre programmi di screening. b) Collaborare con la regione alla revisione di casi di tumore cervice. c) Aumentare l'adesione all'invito allo screening del colon-retto.	a) >= 95% della popolazione bersaglio annuale invitata. b) almeno il 95% della casistica assegnata. c) >=50%.
Attuazione al 31.12.2011 a) tutta la popolazione bersaglio per l'anno 2011 è stata invitata per i tre programmi di screening; Risultato 2011: 100% della popolazione invitata b) programmata dalla DCSISSePS per il 2° semestre 2011 Risultato 2011: 100% della casistica assegnata revisionata c) la percentuale di adesione al test di screening del colon-retto è risultata del 51,91 l'obiettivo c) è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

”

3.4.3 ASSISTENZA SANITARIA

Linea n. 3.4.3.1: Accreditamento	
Obiettivo aziendale Completamento delle procedure di accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private ambulatoriali, di degenza e residenziali secondo il programma iniziato nel 2010.	**Risultato atteso** 1) Individuazione di un referente entro il 31/01/2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. 2) Messa a disposizione di 1 professionista valutatore formato e individuazione di almeno altri 3 professionisti sanitari da formare a carico della regione per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private, con un impegno stimato di 5 giornate/anno.
Attuazione al 31.12.2011 1) In fase di formulazione l' autovalutazione della conformità ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture aziendali; Aggiornato il piano di adeguamento di una struttura aziendale già accreditata per spostamento locali (Medicina dello sport di Maniago); confermato dalla DCSISSePS lo stato di accreditamento. Attività avviata con il recepimento della DGR 1080/2011 del 9/6/2011. Comunicati i nominativi di 4 nuovi valutatori da formare dalla regione nel settembre/ottobre 2011. In qualità di Coordinatore di visita come individuato dalla DCSISSePS, il Dott. Paolo Andrian ha condotto le vigilanze ordinarie per l'Accreditamento Istituzionale Regionale per le branche specialistiche di Nefrologia e Dialisi e Medicina dello Sport nei giorni 21 e 22 Novembre 2011 presso le strutture Ospedaliere di Tolmezzo e di Gemona dell'A.S.S. n. 3 " Alto Friuli". Prodotta l'autovalutazione dei criteri di accreditamento delle strutture di Hospice ed RSA come previsto dal Piano regionale dell'accreditamento; le schede di autovalutazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento di RSA e Hospice sono state inviate alla DCSISSePS con lettera Prot 70433 /QA in data 20/12/2011. 2) l'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO. NOTA: L'obiettivo è stralciato, come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011", solo per la parte che si riferisce al numero delle giornate stimate a causa del ritardo nell'approvazione della delibera DGR 1436/2011.	

Linea n. 3.4.3.2: Farmaceutica	
Obiettivi aziendali a) Continuità nei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto.	**Risultati attesi** 1) assicurare le attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e di assistenza integrativa. 2) Medicinali equivalenti: l'Azienda attiva strumenti di monitoraggio, di audit e feedback con i prescrittori e di incentivazione alla prescrizione dei medicinali equivalenti. Inoltre dovranno essere attivate opportune iniziative al fine di tendere al raggiungimento dei target prescrittivi individuati dall'AIFA e dal MEF (ai sensi del DL 78/2010). 3) Farmaci sottoposti a registro AIFA e farmaci oncologici: L'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti

”

	ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con nota n.18104/SPS/farm del 11.10.2010. 4) Oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali.
b) Distribuzione diretta. In un'ottica di contenimento della spesa l'Area vasta procede a stipulare accordi con le farmacie in merito all'erogazione di medicinali e dispositivi medici secondo modalità che: - siano rispettose delle normative nazionali e regionali vigenti in materia; - garantiscano delle ricadute economicamente vantaggiose per il SSR; - non arrechino disagi per gli utenti.	1) l'01.12.2010 è stato siglato l'accordo sulla distribuzione per conto. L'azienda trasmette i dati secondo quanto previsto dai decreti ministeriali sui flussi informativi farmaceutici e da quanto fissato a livello regionale. 2) nel corso del 2011, l'Azienda porta a regime la distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.
c) Assistenza integrativa	1) l'Azienda potenzia, in un'ottica di efficienza, la distribuzione diretta e/o stipuleranno accordi per l'erogazione di tali prodotti (es. accordi con grossisti, farmacie, MMG/PLS). 2) ha siglato in data 01.12.2010 un accordo con le farmacie per l'erogazione di alcuni ausili per diabetici, di cui garantirà la messa a regime dei flussi informativi nonché tutti gli aggiornamenti necessari.

Attuazione al 31.12.2011

a) Continuità nei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto.

I dati di monitoraggio hanno compreso i farmaci a brevetto scaduto, in particolare quelli interessati dal DL 78/2010 e sono stati inoltrati ai responsabili di distretto.

Sono stati concordati ed effettuati con i distretti gli incontri per la discussione in UDMG. Sono stati effettuati eventi formativi a livello distrettuale con il coinvolgimento degli specialisti psichiatri sul tema dell'appropriatezza prescrittiva nel trattamento della depressione da parte dei MMG. Sono stati presi in esame casi clinici reali, valutati importanti studi di confronto fra diversi medicinali evidenziando che i farmaci che presentano i migliori risultati di efficacia, tollerabilità e minor costo sono quelli a brevetto scaduto.

Sono stati commentati i dati di consumo riferiti alla classe degli antidepressivi per singolo distretto. Le presentazioni ai MMG con titolo "Trattamento farmacologico con antidepressivi: farmacologia, indicazioni autorizzate, confronto di efficacia e tollerabilità, dati di utilizzo nel territorio dell'ASS n.6" sono state le seguenti:

28/09/2011 Azzano Decimo per Distretto Sud, evento accreditato ECM,
29/09/2011 Maniago per Distretto Nord, evento accreditato ECM,
10/10/2011 Sacile per Distretto Ovest,
11/10/2011 Porcia per Distretto Urbano,
03/11/2011 San Vito al Tagliamento per Distretto Est, evento accreditato ECM;

Dal 1 gennaio 2011 l'ASS n.6 non comprende più strutture ospedaliere e servizi di oncologia, pertanto la completezza delle registrazioni nella cartelle oncologica non sono più di competenza di questa Azienda.

b) Distribuzione diretta

L'attività di Distribuzione per Conto è iniziata il 1 marzo 2011 ed è stata correttamente effettuata la trasmissione dei flussi informativi.

L'Azienda ha mantenuto la Distribuzione Diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale come negli anni precedenti.

c) Assistenza integrativa

L'Azienda ha mantenuto la fornitura dei prodotti per l'assistenza integrativa ricompresi nell'aggiudicazione delle

gare del DSC L'Azienda ha iniziato dal 1 marzo 2011 il rimborso a prezzo ridotto di tutti gli ausili per diabetici tramite le farmacie convenzionate ed è stata correttamente effettuata la trasmissione dei flussi informativi.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.3: Sicurezza e governo clinico	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza.	a) Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati.
b) Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	b) Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.
c) Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza.	c) Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza, secondo le modalità indicate dalla DCSISSePS.
Attuazione al 31.12.2011 Effettuate le seguenti azioni: - Predisposto e trasmesso formalmente da DG con prot. 22953 del 13/4/2011 il documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 in tema di sicurezza del paziente; la scadenza temporale è stata rispettata in ordine alla nota della DCSISSePS 6527/SPS/ASAN del 25 marzo 2011 che posticipava la scadenza al 15 aprile 2011. - Mantenuti i sistemi di sorveglianza con particolare riferimento ad eventi sentinella ed eventi avversi; Confermata l'adozione alla nuova segnalazione degli eventi sentinella. Ricevute le credenziali di accesso al sistema SIMES. Disponibili USWERID mi1143469 e password per l'accesso. Nessun evento sentinella segnalato nel 2011. - Adottato lo strumento di gestione della documentazione clinica territoriale (fascicolo sanitario) ed effettuata la prima valutazione sulla qualità della documentazione tramite checklist. In tale strumento e stata ricompresa anche la sorveglianza sull'applicazione del sistema di rilevazione e rivalutazione del dolore. Il report è stato inviato formalmente alla Direzione Sanitaria ed ai Direttori di Distretto con nota prot. 53121 /QA in data 16/09/2011. - Confermata per il 2011 la procedura sul consenso informato orientata alle attività territoriali già operativa. Dalla valutazione qualitativa effettuata nel 2011 è emerso un 'utilizzo appropriato inferiore al 10 %. E' quindi stato attribuito al gruppo di lavoro per la sorveglianza sulla qualità della documentazione sanitaria l'obiettivo di riformulare la procedura e prevederne la sorveglianza routinaria. - Sviluppato e adottato formalmente un regolamento aziendale per la gestione dei rifiuti speciali. Progettata la formazione e avviata la formazione specifica sulla procedura SISTRI. Attiva la formazione sull'utilizzo dei DPI. - Elaborato la procedura di implementazione del sistema di Incident Reporting con particolare attenzione agli strumenti, alla formazione e alla reportistica per il territorio e la continuità delle cure mentre è da definire un piano di implementazione dei sistemi correlati alla sicurezza del farmaco con particolare riferimento alle strutture territoriali. - Con il Decreto del D.G. n. 340 del 11 novembre 2011 è stata ridefinita la Commissione aziendale multidisciplinare per la sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico - Revisionare la procedura aziendale per il monitoraggio dei dati di sorveglianza dei reclami e di sviluppo dei	

piani di miglioramento orientati all'utenza. La procedura aziendale già presente per il sistema di accreditamento J.C.I. degli ospedali nel 2010 è stata riadattata dall'URP per le specifiche funzioni territoriali.

- Per tutti gli altri obiettivi, per i quali era prevista la partecipazione attiva al tavolo tecnico regionale sulla Sicurezza e Governo Clinico sono stati specificati obiettivi e programmi di interesse aziendale e sovra aziendale e per i quali, con la scadenza del 30 novembre 2011 è stata prodotta la rendicontazione annuale. Sono stati completati tutti i programmi previsti:

1. Gestione della profilassi antibiotica peri-operatoria (non applicabile ma valutata per la continuità assistenziale)
2. Gestione dei farmaci ad alto rischio
3. Gestione farmaci look alike sound alike (LASA)
4. Esecuzione di una root cause analisys RCA
5. Stesura di un protocollo per la prevenzione e controllo del C Difficile.
6. Adozione di un bundie
7. Adozione delle nuove procedure per gli eventi sentinella
8. Politica per la corretta identificazione del paziente (doppio identificativo)
9. Inserimento di una buona pratica nel sito dell'AgeNaS

Le specifiche dei progetti indicati sono state relazionate e i progetti completi trasmessi alla DCSISSePS, in data 29 novembre 2011 - Prot. no 66899/(QP).

La partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza è stata riservata per il 2011 ai soli reparti ospedalieri.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.4: Assistenza protesica

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
a) Semplificare le procedure di prescrizione di protesi e ausili e collaborare alle azioni promosse dalla DCSISSePS sull'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa.	a) completamento della formazione dei medici aziendali titolati alla prescrizione (fisiatri, ortopedici, oculisti, ORL, NPI, medici di distretto per la continuità delle cure). b) utilizzo della procedura informatizzata, da parte degli specialisti abilitati all' uso del G2 Clinico, dalla data di messa a disposizione dello strumento. c) nomina dei Referenti aziendali e partecipazione al 100% delle riunioni promosse dalla DCSISSePS relative alle attività di allineamento delle procedure informatiche (fasi di prescrizione e di autorizzazione) e di miglioramento dell' accesso alle prestazioni. d) adozione del nuovo regolamento aziendale per l'assistenza protesica e integrativa.

Attuazione al 31.12.2011

a) Nel corso dell'anno è stata completata la formazione di 26 dei 28 prescrittori attribuiti all'ASS6 a seguito dello scorporo delle strutture e funzioni ospedaliere e di 2 dei nuovi prescrittori identificati.

b) tutti i prescrittori censiti e formati in collaborazione con la DCSISSePS sono abilitati all'utilizzo dell'applicativo per la prescrizione informatizzata disponibile all' interno del sistema G2 Clinico o via web per gli utilizzatori non abituali di G2.

c) l'ASS6 ha partecipato attivamente, fin dal suo costituirsi, al gruppo di lavoro ristretto che, in sede regionale, ha affrontato le molteplici problematiche relative alla fornitura protesica. Queste concernono sia la semplificazione delle procedure, sia l'informatizzazione delle stesse, sia la formazione dei prescrittori, producendo parte dei documenti che andranno a costituire le Linee Guida regionali in fase di adozione.

”

d) le predette attività costituiscono comunque un lavoro propedeutico per la successiva realizzazione del Regolamento Aziendale per l'assistenza protesica e integrativa, che sarà prodotto da un apposito gruppo di lavoro Aziendale, da costituirsi non appena adottate le Linee Guida regionali, al fine di adeguarle alla realtà dell'Area Vasta Pordenonese.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.5: Cure palliative	
Obiettivo aziendale Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regione, e modalità operative di documentazione: a) (ex art 7 lg 38/10) Obbligo di riportare in cartella infermieristica, medica, anche integrata laddove presente in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (RSA ed Hospice). Tale registrazione deve comprendere le caratteristiche del dolore, la terapia antalgica, i farmaci utilizzati ed i dosaggi, il risultato antalgico. I dati sopra riportati devono essere implementati anche nelle cartelle di assistenza domiciliare. b) Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore. c) Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	**Risultato atteso** a.) Hospice ed RSA: - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi. - Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno (>) nel 95% dei casi. - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. a.) Assistenza domiciliare: - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 50% dei casi. b) Effettuazione a livello di area vasta di almeno un progetto di formazione sulla terapia antalgica e cure palliative. c) Rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.
Attuazione al 31.12.2011 <u>Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore</u> Per Hospice e RSA nel primo semestre si è predisposta ed introdotta una griglia di valutazione per raccolgliere tutte le informazioni previste dall'obiettivo, dal 1° luglio è stata attivata la rilevazione sistematica su tutti gli utenti ricoverati su griglia informatizzata. Nel secondo semestre è stata applicata la scheda con i seguenti risultati: - utenti ricoverati 1008, utenti valutati 1004 pari al 99,6% - utenti con dolore 282, di cui 180 trattati farmacologicamente e 87 trattati con terapia non farmacologica pari al 94,7% - utenti rivalutati 975 sui 1008 ricoverati pari al 96,7%. Per l'assistenza domiciliare rilevazione dell'indicatore (a) a luglio 2011 e gennaio 2012 sul 100% dei fascicoli chiusi nel semestre precedente. La scelta di utilizzare solo i fascicoli chiusi è legata al fatto che sono gli unici disponibili in distretto, poiché quelli aperti rimangono al domicilio dell'utente in carico. Dalla prima rilevazione il dato è il seguente: su 322 fascicoli in 275 c'è presenza della rilevazione del dolore pari al 85%. Dalla seconda rilevazione il dato è il seguente: su 391 fascicoli su 358 c'è presenza della rilevazione del dolore pari al 91,6%. <u>Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore.</u> E' stato effettuato un progetto di aggiornamento sulla terapia antalgica e cure palliative con il coinvolgimento di professionisti sia di Area Vasta sia regionali, realizzato il 22 e 29 Novembre per un totale con 31 partecipanti. E' stata garantita la partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione (inviati i dati richiesti secondo le indicazioni regionali e ministeriali). <u>Livello di realizzazione della rete delle cure palliative</u> La rete di cure palliative con accordi di Area Vasta, al momento attuale, copre l'intero territorio provinciale con un'assistenza infermieristica sulle 12 ore. Vi sono accordi con il CRO e con la Casa di Cura San Giorgio per implementare le ore/medico. La formazione degli infermieri distrettuali è in fase di avanzamento.	

”

Sono in atto accordi con il CRO per consentire l'accesso a domicilio di un anestesista per i casi complessi di terapia del dolore e per il posizionamento di accessi venosi periferici/centrali (PICC).
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.7: Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
a) Avvio del processo di sorveglianza mensile del numero di decessi sotto i 74 anni per cornee (hospice, RSA, domicilio, strutture sociosanitarie); b) Incremento nel "Procurement" di cornee nelle sedi territoriali individuate.	a) Evidenza di progetti d'incremento del "procurement" di cornee attivando la sorveglianza nelle sedi individuate; b) Avvio del "procurement" di cornee nell'Hospice di San Vito.
Attuazione al 31/12/2011 In relazione alla progettazione di un sistema di sorveglianza territoriale per la valutazione del potenziale di donazione, è in via di definizione il percorso per il progetto operativo e per la sua realizzazione. E' stato avviato il programma di formazione specifica del personale interessato che sarà implementato durante l'anno 2012.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

3.4.4 INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Linea n. 3.4.4.1: Paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) analizzare per area vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale.	a) trasmissione entro il 30/06/2011 alla DCSISSePS di un documento di analisi e di proposte sostenibili, condiviso in ambito di Area Vasta.
b) dovranno essere effettuate verifiche sulle condizioni logistico-strutturali finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza residenziale.	b) trasmissione entro il 31/12/2011 dello stato di avanzamento della realizzazione delle soluzioni proposte.
c.1) promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.	c.1) predisposizione di un Accordo Attuativo Aziendale che definisca l'organizzazione e gli obiettivi della sperimentazione in almeno 2 distretti di percorsi semplificati e coordinati per diabete, BPCO, scompenso cardiaco.
c.2) sviluppare l'integrazione sanitaria e socio sanitaria nell'ambito della non autosufficienza nel territorio con la valorizzazione dell'interazione tra MMG, distretti, servizi sociali e risorse delle comunità locali.	c.2) predisposizione di un Accordo Attuativo Aziendale che preveda lo svolgimento di attività di Audit congiunti su casi multiproblematici tra specialisti, MMG e distretto con il coinvolgimento di equipes multiprofessionali distrettuali.
d) definizione di una rete integrata per la presa in carico delle demenze.	d) (demenze) predisposizione e avvio del piano della rete integrata per la demenza.

”

Attuazione al 31.12.2011

Continuità assistenziale intraterritoriale

Obiettivi a) e b) Con lo scorporo degli ospedali di rete, si è reso necessario sia un aggiornamento del protocollo per le dimissioni protette esistente, sia la revisione dell'offerta e degli assetti organizzativi finalizzata al miglioramento della presa in carico del paziente con patologie cronico degenerative e alla continuità ospedale-territorio, attraverso la formulazione di un protocollo quadro di riferimento per la continuità intraterritoriale.

E' stato definito il gruppo di lavoro ASS6, composto da operatori provenienti da tutti i distretti (Coordinatori infermieristici, Dirigenti medici cure primarie, caposala ADI, rappresentante fisioterapisti, Caposala RSA, MMG rappresentanti UDMG più SIMG). Nel corso di una serie di incontri tecnici tra a coordinatori e referenti è stato predisposto un documento di proposte inviato entro il 30 giugno alla DR (prot. n. 40014/DG, del 30/06/2011)

Nel corso del II° semestre, sulla base del documento inviato entro il 30 giugno 2011 alla DCSISSePS, i gruppi di lavoro, hanno proseguito il percorso di monitoraggio e revisione delle azioni previste nel documento stesso. Ne è seguita una ulteriore elaborazione/revisione che è stata inviata il 30 dicembre 2011 alla DCSISSePS come richiesto. (prot. n. 72127/DG, del 30/12/2011)

Il documento è stato inviato anche alle rappresentanze dei MMG.

Il documento quadro mantiene gli stessi otto punti già presenti nel documento inviato a Giugno. Le attività realizzate nel corso del semestre hanno evidenziato nello specifico:

1. La non fattibilità del progetto di utilizzo del Punto Prima Accoglienza per i MMG del distretto urbano (punto 8 del documento quadro) che ha indotto a rimodulare l'obiettivo tarandolo sulle CdR dei distretti urbano, ovest e sud.
2. Le difficoltà di revisione del prontuario di area vasta
3. Le difficoltà di realizzazione di un percorso per il cambio cannula a domiclio e per utenti selezionati.

Per quanto riguarda i punti 2 e 3, il percorso orientato alla loro soluzione è tuttora in itinere.

E' stato anche completamente rivisto il protocollo operativo di continuità di area vasta e cosi pure le schede di segnalazione. Documento quadro 'Continuità assistenziale in area vasta pordenonese', protocollo operativo di integrazione tra i servizi per la Dimissione Protetta e allegati sono disponibili agli atti.

Nel corso del 2012, vista la complessità dell'argomento ed il gran numero di attori coinvolti (CRO, AOSMA, CdC San Giorgio, ASS6), sarà necessario intraprendere un percorso di monitoraggio e formazione per tutti gli attori dell'area vasta.

Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative

Obiettivi c1) e c2)

Non sono stati predisposti AAA in assenza dell'AAR.

E' stata attuata la trasformazione delle linee guida per la BPCO in un percorso assistenziale per la presa in carico dei pazienti con BPCO e degli assistiti a rischio di BPCO in quanto fumatori.

E' stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per la costruzione e gestione del percorso BPCO (MMG, UDMG, medici e infermieri professionali di distretto sanitario, medici specialisti della pneumologia dell'AOSMA, medici specialisti del SERT per la cura della dipendenza dal tabagismo).

Il percorso per la BPCO è stato concordato in UDMG e attivato in 2 distretti, Urbano e Sud.

Il percorso è stato condiviso con i MMG in due incontri (11.10.2011 e 24.11.2011) nei quali è stata discussa la gestione diagnostica-terapeutica della BPCO, comparata la pratica attuale e la pratica secondo le linee guida in un percorso di audit su casi clinici con il gruppo di lavoro multidisciplinare.

La promozione diretta nei confronti dei cittadini del percorso assistenziale, del servizio diagnostico di spirometria e del servizio per la disassuefazione al fumo è stata attuata mediante articoli informativi sulla stampa locale per motivare gli assistiti ad una maggiore adesione .

Per il diabete mellito è stato effettuato un incontro di audit tra pratica attuale e pratica secondo linee guida riguardo al monitoraggio dei diabetici con emoglobina glicata con MMG, UDMG, diabetologo ospedaliero e medici del distretto in data 24.11.2011.

Rete integrata per la demenza.

Obiettivo d)

Sono stati coinvolti l'Ambito Sociale, alcuni operatori degli altri distretti dell'Azienda, del DSM e di altri servizi del territorio maggiormente coinvolti ed interessati al problema demenze insieme alla rappresentante dell'associazione di volontariato che si occupa a livello provinciale di Demenze.

E' stata formalizzata la costituzione del gruppo con gli operatori dell'azienda, l'ambito sociale e delle case di

riposo
Si è effettuata una verifica delle iniziative già in essere nelle varie realtà.
Attraverso l'UDMG sono stati coinvolti i MMG ed è stato individuato il MMG che fa parte del gruppo.
Si è arrivati alla formulazione di un progetto per la realizzazione di una rete di servizi in grado di provvedere alla diagnosi, alla terapia sia farmacologica che comportamentale, ed al supporto alle famiglie.
E' stato organizzato il corso di formazione per i Medici di Medicina Generale al fine sia di sensibilizzarli maggiormente al problema Demenze che di insegnare loro a somministrare ai loro pazienti il test di screening fondamentale per una prima diagnosi, l'MMSE.
Tale corso, che è stato accreditato ed ha ottenuto 7 crediti ECM, si è tenuto il giorno 21 dicembre ed ha avuto un'ampia partecipazione dei medici.: obiettivo della formazione è stato di permettere, ai MMG del Distretto Sud, di somministrare il test e di avviare il percorso diagnostico terapeutico del paziente.
Nei primi mesi del 2012 verranno attivati alcuni ambulatori specialistici territoriali che si occuperanno delle Demenze: allo scopo sono stati contattati i neurologi dell'Azienda ospedaliera e gli specialisti ambulatoriali neurologi. Oltre alla figura professionale del neurologo è prevista la collaborazione di psicologi e di psichiatri, figure altrettanto fondamentali, in particolare la prima, al fine di realizzare quanto previsto nel progetto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2: Riabilitazione

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione del Dipartimento di Riabilitazione di Area Vasta per garantire il governo clinico dei percorsi riabilitativi ospedale-territorio.	- È definito l'assetto strutturale e organizzativo aziendale entro il 31.12.2011. - È predisposta l'ipotesi di organizzazione del dipartimento di area vasta entro il 31.12.2011.

Attuazione al 31.12.2011
Le Aziende di Area Vasta hanno preliminarmente condiviso i principi generali su obiettivi, principi, priorità e ambiti di intervento del Dipartimento di seguito elencati.
Principi per la costituzione del Dipartimento
- inclusione nella progettazione degli interventi, attività e servizi concernenti patologie, funzionamenti, menomazioni
- coinvolgimento di tutti gli erogatori di attività di riabilitazione pubblici, privati convenzionati e IRCCS La Nostra famiglia
- progettazione basata su integrazione, multi professionalità e multi disciplinarietà
- definizione degli strumenti di integrazione con la rete regionale ed extraregionale, in particolare con le alte specialità e IMFR "Gervasutta" di Udine
- forte azione di governo per la fuga in particolare extraregionale
- definizione prioritaria del ruolo nella rete del nodo di Sacile

Obiettivi del dipartimento.
1. Definizione di obiettivi, ruoli, organizzazione e funzionamento dei processi di riabilitazione all'interno dell'area vasta.
2. Definizione dei soggetti facenti parte del Dipartimento, del ruolo svolto e delle relazioni nella rete

Le Aziende di Area Vasta hanno svolto le seguenti attività ciascuna nel proprio ambito:
1 Ricognizione delle attività di riabilitazione svolte all'interno dell'Area Vasta
2 Produzione delle ipotesi di organizzazione interna e funzioni del Dipartimento di area vasta

1. E' stata completata la ricognizione delle attività di riabilitazione che ha confermato come all'azienda territoriale compete prevalentemente il ruolo di committenza e controllo quali-quantitativo dell'attività svolta dagli erogatori (AOSMA, IMFR 'Gervasutta', privati accreditati attività ex art. 26).
All'Azienda territoriale compete inoltre l'erogazione delle prestazioni riabilitative di 1° livello presso il domicilio dell'utente, in RSA e presso le residenze protette.
2. L'ipotesi organizzativa relativa al dipartimento di area vasta prevede la costituzione da parte dell'AOSMA del dipartimento di medicina riabilitativa e neurologia, mentre per l'ASS6 si è prevista la costituzione di un dipartimento funzionale che , nella logica della riabilitazione estensiva e come previsto nel documento tecnico inviato alla DC (nota n. 72129/DG del 30.12.2001), contiene al suo interno le attività riabilitative erogate da

tutte le proprie strutture e dal privato accreditato come richiamato al punto precedente.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: il secondo risultato atteso è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.3: Dipendenze

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
a) Garantire la collaborazione e il supporto al costituendo "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze".	a) Sarà garantita la collaborazione e il supporto alle iniziative dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze", una volta che tale organismo sarà costituito.
b) Adottare, quando disponibile, lo strumento nazionale di informatizzazione dei servizi delle dipendenze finalizzato alla produzione e alla trasmissione di dati omogenei e affidabili.	b) Nella misura in cui la DCSISSePS adotterà lo strumento nazionale e predisporrà idonei strumenti informatizzati, verrà effettuata la trasmissione dei dati come richiesto.

Attuazione al 31.12.2011

Sono iniziate tutte le attività necessarie per la costituzione e per il flusso di dati all'Osservatorio Regionale.

Il Dipartimento Dipendenze dell'ASS6 ha identificato la referente tecnica per il flusso dei dati del Dipartimento stesso.

La referente, identificata anche come referente regionale, ha partecipato agli incontri previsti a Roma con il Dipartimento Politiche Antidroga per lo sviluppo dei due progetti "SIND support" e "NIOD" (26.01.11; 22.02.11; 29.03.11; 28.04.11; 28.06.11; 7-8-9.09.11; 06.10.11; 14.11.11; 06.12.11); gli operatori del dipartimento hanno partecipato a tutti gli incontri organizzati in Regione per la messa a punto delle fasi della realizzazione (21.01.11; 12.04.11; 09.05.11; 14.10.11).

Sono stati predisposti tutti i servizi per l'installazione della piattaforma MFP e ed è stato predisposto il calendario per la formazione, per gli operatori di Pordenone sarà nei giorni 11.01.12 e 16.01.12 a Udine.

Il Dipartimento delle dipendenze dell'ASS6 sarà la sede pilota visto che non ha alcun sistema informatizzato in uso, successivamente Gorizia e di seguito tutti gli altri Dipartimenti. A Pordenone verrà installato il 18 – 19 gennaio 2012.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: il secondo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.4: Salute mentale

Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Predisporre un piano di completamento della rete dei CSM 24h	a.1) area sud e area nord: in base alla situazione logistica e organizzativa i CSM di S. Vito al Tagliamento e di Maniago sono allineati al modello definito dalla pianificazione regionale. a.2) area urbana: evidenza di un piano di completamento.
b) Definire e sperimentare modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale: Formulazione di protocolli distrettuali condivisi.	b) evidenza di un protocollo operativo condiviso tra i professionisti coinvolti per l'attivazione dei servizi di salute mentale.
c.1) Individuare e sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/ recovery).	c.1) - Evidenza dell'utilizzo della metodologia integrata di intervento sugli esordi psicotici, identificata come appropriata. - evitare i ricoveri (TSO/TSV) in diagnosi e cura di soggetti adolescenti e/o giovani adulti (età < 20 anni) (a settembre 2010 risultano 5 TSV di soggetti adolescenti).
c.2) Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla	c.2) Definire Progetti Personalizzati di intervento

”

ripresa/ recovery, in integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders d)Programmare e avviare percorsi formativi condivisi con la medicina generale su una specifica area critica (es. depressione risposte farmacologiche e non): Attivazione di percorsi formativi condivisi su scala distrettuale, di area vasta e) Consolidare la rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello): miglioramento dei percorsi di cura e riabilitazione dei DCA.	mediante l' utilizzo della "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" per 5 casi in carico al DSM. d) Evidenza di almeno un incontro con i MMG in collaborazione con il servizio farmaceutico aziendale. e) Realizzazione delle condizioni necessarie all'avvio del Centro Regionale per la Riabilitazione dei DCA entro il primo semestre 2011.

Attuazione al 31.12.2011

Completamento della rete dei CSM 24 h.

a.1) Area sud, area nord e urbana: presso i CSM delle tre aree è iniziata la riorganizzazione dell'attività assistenziale con una équipe unica, tra i CSM e i servizi 24 h: il personale partecipa alla turnazione ed è stato identificato un unico coordinatore dell'intera équipe.

a.2) Area urbana . E' stata concordata la proposta di realizzare come sede unica del CSM 24 ore l'attuale sede del Consultorio, attraverso il collegamento architettonico con la sede adiacente nella quale hanno attualmente sede i posti letto della struttura "24 ore" di accoglimento diurno-notturno.

E' stata effettuata la ricognizione degli spazi degli edifici interessati, e nel 2012 si darà attuazione al trasferimento delle sedi, realizzando la sede unica per il CSM 24 h.

b) Presso tutti i Distretti sono stati realizzati degli incontri con i MMG per il miglioramento della comunicazione con gli operatori dei CSM, con definizione dello psichiatra di riferimento per ciascun MMG, PLS e Medici di Continuità Assistenziale, e della relativa utenza telefonica. È stato sottoscritto un protocollo che regola i rapporti tra operatori dei CSM e MMG. Tra gli incontri si segnala quello effettuato il giorno 22 novembre sulle demenze a Pordenone, quello a Sacile il 10 ottobre, a Maniago il 19 aprile; a Maniago è stato redatto un protocollo per il miglioramento della comunicazione tra MMG e medici del CSM.

c.1 e c.2) Presso ciascun Distretto sono stati identificati gli psichiatri e psicologi partecipanti ai gruppi di lavoro interdisciplinari a livello distrettuale, per l'identificazione, la valutazione ed il trattamento dei fenomeni di esordio: attraverso la definizione di Progetti Personalizzati di intervento mediante l'utilizzo della "Scheda di valutazione biopsicosociale" sono stati identificati 3 casi in carico al DSM e 2 in carico alla NPI e, previa raccolta del consenso informato, è stata compilata la prima parte del protocollo regionale. Attraverso questi strumenti è stata sperimentata l'integrazione tra i due servizi per gli "esordi" psicotici e affettivi nell'adolescenza.

Nel corso del 2011 si sono verificate 2 ammissioni con TSV, di soggetti minori di 20 anni nel SDCP, in riduzione rispetto al 2010.

d) Presso tutti i Distretti è stato realizzato un incontro con i rappresentanti dei MMG e la partecipazione del Servizio Farmaceutico sul tema dei farmaci a brevetto scaduto per le principali patologie croniche gestite sul territorio (depressione) (raccordo linea 3.4.3.2 farmaceutica). Maniago il 29 settembre., Azzano 28 settembre, S.Vito il 3 novembre, Sacile il 29 settembre, Pordenone (Porcia) 11 ottobre 2011

e) è stato presentato e condiviso a livello dei DSM regionali il documento redatto dalla ASS n.6, quale progetto per l'avvio di un Centro Regionale per la Riabilitazione dei DCA. È stato attribuito ad un professionista esterno (dr. Salvo), responsabile del centro residenziale per disturbi alimentari dell'ASL 10 Veneto Orientale, l'incarico di consulenza nella realizzazione del progetto.

In attesa della più precisa definizione del personale ivi operante, è stata avviata una attività di formazione specifica.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

”

Linea n. 3.4.4.5: Materno infantile	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) individuazione di percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica, atti a garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure nella fase di transizione tra l'età evolutiva e quella adulta mediante lo sviluppo delle interdipendenze tra servizi aziendali ed extra-aziendali nella logica matriciale, con utilizzo del protocollo di valutazione ICF.	a) sono definiti Progetti Personalizzati di intervento mediante l' utilizzo della "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" e dell'applicativo predisposto ad hoc dalla Regione per 5 tra i casi in carico ai Distretti in età evolutiva.
b) stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	b) partecipazione al 100% delle attività avviate dalla DC per la stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di PMA.
c) avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	c) partecipazione al programma regionale di screening uditivo neonatale.
Attuazione al 31.12.2011 <u>Progetti Personalizzati con l' utilizzo della "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF</u> Tra le 35 persone reclutate in attuazione della linea progettuale 3.4.4.7 (ICF) sono stati identificati 5 casi in età evolutiva e , acquisito il consenso informato, per tutti è stato completato l' inserimento nel Fascicolo Biopsicosociale Elettronico (FBE) ed è stato redatto il Progetto personalizzato che si avvale sia delle matrici sintetiche delle interazioni persona/ambiente generate dal FBE che, come già avvenuto lo scorso anno, della modulistica cartacea in uso a livello aziendale(verbale UVD o EMDH. In accordo con i principi che hanno portato alla costituzione dei cosiddetti staff funzionali di distretto, l'attività del previsto gruppo di lavoro aziendale è coincisa con quella del Gruppo tecnico di coordinamento dellasopraccitata linea ICF. <u>modalità di accesso alle tecniche di PMA.</u> Nel corso del 2011 la rappresentante aziendale ha partecipato a un solo incontro (dicembre 2011) convocato della DCSISSePS. <u>screening uditivo neonatale: collaborazione A.S.S. n.6 e A.O. SMA e coinvolgimento dei PLS</u> La NPI ha stabilito una collaborazione stabile dal 1997, attualmente bisettimanale, con la UOC di Pediatria – Neonatologia dell'A.O.SMA "Ambulatorio del neonato e del bambino" con obiettivo la valutazione e promozione delle competenze neuro-motorie, relazionali, del comportamento, della comunicazion per i residenti nell'Area Vasta Pordenonese, extra provinciali, extra regionali. Nel 2011 è stato raggiunto un accordo che prevede la presenza settimanale della NPI: sono state individuate le due figure mediche (2 neuropsichiatre) che manterrà i contatti con UOC Pediatria e UOC – ORL dell' A.O. SMA per l'elaborazione del programma regionale di screening uditivo neonatale Tutti i bambini prematuri, visti nell'Ambulatorio, sono stati sottoposti allo screening uditivo neonatale. Nel 2011 si è attivata una collaborazione stabile con i PLS per la definizione di percorsi DTA (diagnostico-terapeutico-assistenziale), procedure e protocolli condivisi tra i responsabili delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) dei PLS e la NPI.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.6: Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
a) partecipazione al programma di governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale e all'identificazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità: - partecipazione alla formazione regionale del	a) - entro il 31 gennaio 2011 è nominato il referente aziendale e del gruppo di coordinamento; - sono identificati e formati almeno 10 operatori (2 per distretto) all'uso degli indicatori per il monitoraggio della qualità ed

”

personale di tutti i distretti; - avvio di un programma di attività di Audit in ogni distretto; - predisposizione di progetti di miglioramento della qualità; - miglioramento del processo di accoglimento della domanda e di inserimento degli ospiti nelle case di riposo convenzionate, attraverso l'utilizzo diffuso e omogeneo a livello provinciale della Lista unica d'ingresso alle residenze protette.	alla realizzazione degli Audit; - evidenza dello svolgimento di attività di Audit e di uso degli indicatori in almeno 1 struttura per distretto; - evidenza della predisposizione del piano di miglioramento in almeno cinque strutture (1 per distretto) con implementazione e verifica degli indicatori identificati; - almeno il 90% delle strutture residenziali in convenzione aderisce al progetto di ammissione degli ospiti attraverso la lista unica d'ingresso distrettuale secondo modalità e criteri già avviati in alcuni distretti.
b) monitoraggio e verifica del sistematico utilizzo dello strumento di VMD Val.Graf –FVG e dei sistemi e-GENeSys e SIRA-FVG nelle strutture residenziali per anziani convenzionate del proprio territorio secondo scadenze regionali.	b) è effettuata una rilevazione trimestrale per: - n. di ValGraf aggiornate/totale dei soggetti valutati; - n. di segnalazioni alle strutture residenziali dei nominativi con ValGraf non aggiornate; - n. di rendicontazioni per contributo abbattimento retta.
c) una volta predisposte specifiche linee di indirizzo regionali, collaborazione con la Direzione centrale al censimento e verifica dei requisiti minimi dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti del proprio territorio.	c) una volta emanate le linee di indirizzo regionali per la predisposizione dello schema di convenzionamento: - predisposizione di specifiche convenzioni con i Centri Diurni in possesso dei requisiti richiesti, per l'erogazione del contributo per l'abbattimento rette; - una volta stipulata la convenzione, i nuovi ospiti dei Centri Diurni sono progressivamente valutati con lo strumento di VMD Val.Graf.

Attuazione al 31.12.2011

<u>Partecipazione al programma di governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale</u>

Effettuata la nomina in data 26/01/2011 e trasmesso il nominativo alla direzione regionale

Dal mese di ottobre al mese di novembre 2 operatori per distretto e 2 individuati dalla casa di riposo Casa Serena hanno partecipato al percorso formativo organizzato e gestito dall'area Welfare di Palmanova.

Nel percorso formativo è stata utilizzato il manuale di audit predisposto dall'area welfare ed effettuata la rilevazione presso Casa Serena che è stata coinvolta nel percorso formativo.

Dai dati di rilevazione sono state identificate delle criticità ed è stato elaborato un piano di miglioramento.

Non si è potuto estendere l'esperienza in altre strutture, poiché il percorso formativo proseguirà nel 2012 ed il manuale di audit è in fase di revisione da parte dell'area Welfare.

Il 100% delle ammissioni degli ospiti nelle strutture per non autosufficienti convenzionate avviene attraverso la lista unica d'ingresso distrettuale secondo modalità e criteri condivisi a livello provinciale.

<u>Monitoraggio e verifica del sistematico utilizzo dello strumento di VMD Val.Graf –FVG e dei sistemi e-GENeSys e SIRA-FVG</u>

Sono state effettuate le rilevazioni per garantire il monitoraggio delle valutazioni, degli ospiti con ValGraf secondo la seguente tempistica:

entro il 31 gennaio, entro il 31 marzo, entro il 30 giugno, entro il 30 settembre ed entro il 31 dicembre.

A seguito delle rilevazioni, secondo la tempistica riportata è stata effettuata una rendicontazione alle strutture con ValGraf scadute.

<u>Censimento e verifica dei requisiti minimi dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti</u>

Sono stati convenzionati 5 centri semiresidenziali ai sensi del DGR 2326/2010 e a seguito di VMD con il sistema ValGraf sono stati erogati i contributi previsti agli ospiti accolti aventi diritto.

”

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.7: Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF	
Obiettivo aziendale L'Azienda prosegue nell'impegno ad uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con malattie croniche e con disabilità utilizzando metodologie e strumenti basati su ICF.	**Risultati attesi** Entro il 31/12/2011 a) Definizione o aggiornamento di almeno 20 Progetti Personalizzati di intervento mediante l'utilizzo della "Scheda di valutazione biopsicosociale basata su ICF" e dell'applicativo predisposto ad hoc dalla Regione su: - 5 persone con disabilità identificate tra quelle già inserite in strutture residenziali e/o semiresidenziali, - 5 casi per i quali viene autorizzato il primo ingresso nel segmento di offerta residenziale e/o semiresidenziale per persone con disabilità, - 5 tra i casi in carico ai Distretti in età evolutiva e di età superiore ai 65 anni, - 5 casi in carico al DSM. b) Per tutti i casi valutati è presente il consenso al trattamento dei dati personali.
Attuazione al 31.12.2011 Sono stati costituiti sette nuclei di valutazione (1 per ogni Distretto, DSM e NPI) e identificati i rispettivi tutor aziendali. E' stato ricostituito il Gruppo tecnico di coordinamento del progetto, composto da Distretti, Coordinamento Sociosanitario, Servizi in delega, NPI, DSM e Ambiti. Gli operatori interessati hanno partecipato alla formazione sull' utilizzo del nuovo protocollo regionale e dell' applicativo web, svoltasi nei mesi di aprile, maggio e giugno. Nel rispetto delle indicazioni della linea progettuale relative al mix della casistica sono state reclutate nel progetto, previa raccolta del consenso informato, 35 persone, che comprendono anche i casi in età evolutiva previsti dalla linea 3.4.4.5 (materno infantile). Secondo le comunicazioni ricevute dal gruppo di coordinamento regionale del progetto al 31/12/2011 risulta completato l' inserimento nel Fascicolo Biopsicosociale Elettronico (FBE) di 34 casi (1 persona nel frattempo è deceduta); per tutti è stato redatto il Progetto personalizzato che si avvale sia delle matrici sintetiche delle interazioni persona/ambiente generate dal FBE che, come già avvenuto lo scorso anno, della modulistica cartacea in uso a livello aziendale(verbale UVD o EMDH).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

"

Linea n. 3.4.4.8 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate	
Obiettivi aziendali a) Dare evidenza delle tipologie e delle quote degli appalti di forniture di beni e servizi riservati alla cooperazione sociale di tipo "b". b) Dare evidenza dell'entità dell'incremento delle convenzioni stipulate con le cooperative sociali di tipo "b" ai sensi della l. 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, evidenziandone i contenuti secondo lo schema di convenzione tipo prevista dall'art. 23 della LR 20/2006. c) Dare evidenza, tra i criteri di valutazione delle offerte, della presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.	**Risultato atteso** a) Almeno il 2% dell'importo complessivo degli affidamenti a terzi delle forniture di beni e servizi è appaltato alla cooperazione sociale di tipo "b", fatte salve le indicazioni del Centro Servizi Condivisi. b) Realizzare almeno una convenzione stipulata con le cooperative sociali di tipo "b" ai sensi della L. 381/91 e secondo le indicazioni della LR 20/2006, evidenziandone i contenuti secondo lo schema di convenzione tipo prevista dall'art. 23 della LR 20/2006. c) Le procedure di selezione per l'affidamento di servizi contengono tra i criteri della valutazione dell'offerta progettuale la presenza di programmi di lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.
Attuazione al 31.12.2011 E' stato analizzato l'atto d'indirizzo regionale per gli affidamenti al terzo settore e si è costituito un gruppo di lavoro dedicato. Il team ha censito e valutato le tipologie di beni e servizi che possono essere oggetto di coprogettazione con i sistemi della cooperazione sociale di tipo B presenti sul territorio provinciale. È avvenuta la ricognizione di tutti gli affidamenti con caratteristiche di inserimento lavorativo facenti capo al Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze della ASS6. Dal "documento di ricognizione dei servizi in appalto in scadenza nell'anno 2011", elaborato dalla SOC Provveditaroto economato, è stato evidenziato che gli affidamenti a terzi delle forniture di beni e servizi o sono già stati attribuiti o non risultano aggiudicabili in base a quanto previsto dal DSC e dalle procedure che regolano i rapporti di affidamento. L'obiettivo a) è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: L'obiettivo è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"e perché sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica	
Obiettivi aziendali a) Introdurre la prescrizione elettronica presso MMG e PLS e abbandonare progressivamente l'uso della impegnativa rossa contestualmente alla estensione del progetto "Medici in Rete" (DPCM 26-03-2008). b) Le aziende proseguono nella diffusione della prescrizione elettronica in tutte le strutture erogatrici.	**Risultati attesi** a) Garantire, per quanto di competenza dell'ASS, l'effettiva possibilità tecnica di fruire delle soluzioni informatiche per la prescrizione elettronica da parte di tutti i MMG e PLS. b) Condizionatamente all'emanazione delle indicazioni del MEF e alla disponibilità delle modifiche applicative SISSR, avviamento in tutte le strutture ambulatoriali distrettuali della prescrizione elettronica.
Attuazione al 31.12.2011 a) Per quanto riguarda la prescrizione elettronica presso MMG e PLS non è stata portata a termine nessuna azione di diffusione del modulo di prescrizione all'interno del portale continuità della cura, in quanto non sono pervenute indicazioni dalla DCSISSePS sulla possibilità di implementare detto strumento.	

”

b) Per la diffusione della prescrizione presso le strutture ambulatoriali è stato messo a disposizione il modulo PSM per tutti i medici specialistici distrettuali con l'avvio del sistema G2Clinico – Firma Digitale (linea 3.4.5.9). Il modulo è in uso da parte degli specialistici.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea 3.4.5.2 Firma digitale
Si rimanda alla linea 3.4.5.9

Linea n. 3.4.5.3: Privacy	
Obiettivi aziendali a) Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario. b) Semplificare e uniformare la gestione degli utilizzatori dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell'accesso alle informazioni.	**Risultati attesi** a) Garantire la fruibilità tecnica degli sviluppi informatici regionali quando disponibili. b) Garantire la fruibilità tecnica degli sviluppi informatici regionali quando disponibili.
Attuazione al 31.12.2011 Gli obiettivi a) e b) sono stralciato su indicazione della DCSISSePS. L'azienda ha mantenuto e potenziato i 9 punti di accesso, con l'aggiunta di posti lavoro con nuove dotazioni informatiche, il tutto per garantire l'attivazione delle nuove CRS e permettere al cittadino di esprimere il consenso al trattamento dei dati (globali).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.6: Portale del cittadino	
Obiettivi aziendali Estendere l'uso del portale del cittadino alla prenotazione delle prestazioni	**Risultati attesi** Garantire la prenotabilità di un set di base di prestazioni specialistiche entro il 31.12.2011
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.7: Farmacie in rete	
Obiettivi aziendali Avviare il processo di riorganizzazione dei flussi informativi relativi alle prescrizioni elettronica dei farmaci per arrivare alla dismissione del servizio di lettura ottica delle prescrizioni.	**Risultati attesi** Compatibilmente con il rilascio delle applicazioni informatiche avviare all'uso della prescrizione elettronica almeno 10 farmacie entro il 31.12.2011
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.9: Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza	
Obiettivi aziendali Estendere l'uso di sistemi informatici a tutti gli ambulatori e a tutti i reparti.	**Risultati attesi** Entro il 31.12.2011 completamento dell'avvio della firma digitale sui referti degli ambulatori di distretto.

”

Attuazione al 31.12.2011 E' stato avviato per tutti i poliambulatori distrettuali (nord, sud, ovest, est, urbano) la refertazione specialistica ambulatoriale con utilizzo della Firma Digitale, sono stati formati con opportuni corsi ECM tutti i medici specialistici e personale ambulatoriale coinvolto nel processo. I documenti sono regolarmente firmati digitalmente da parte degli specialistici distrettuali e presi in carico dal sistema di conservazione legale sostitutiva.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.13: Medicina convenzionata	
Obiettivi aziendali	**Risultati attesi**
a) Applicazione del DPCM 26-03-2008 (certificati di malattia e trasmissione prescrizioni) e diffusione delle esenzioni da reddito b) Estensione dei servizi disponibili a tutti MMG e PLS del consorzio CICOM.	a) Realizzare l'attività di monitoraggio e sanzione dei MMG che non provvedono all'inoltro dei certificati di malattia INPS tramite portale o call center. b) Garantire, per quanto di competenza dell'ASS, l'effettiva possibilità di fruire delle soluzioni informatiche del Portale di continuità della cura.
Attuazione al 31.12.2011 L'ASS6 ha garantito per tramite di INSIEL le procedure che permettano la fruizione della soluzione sul Portale continuità della cura, fornendo tempestivamente la Carta Operatore e abilitando il medico all'accesso sul Portale continuità della cura. Sono state richieste dall'Azienda e da parte di alcuni medici di medicina generale l'attivazione di nuove linee dati ADSL, ma l'ampliamento della rete geografica da parte di INSIEL non è stato ancora terminato. Tutte le segnalazioni relative alla mancata emissione di certificato di malattia telematico e di utilizzo del certificato cartaceo, pervenute dalle Pubbliche Amministrazioni e riferite ai medici afferenti all'ASS 6, sono state raccolte e archiviate senza procedere all'avvio di alcun procedimento disciplinare nei confronti dei medici inadempienti (in totale n. 14 medici) che erano stati segnalati per aver rilasciato certificati in formato cartaceo (in totale n. 29 certificati), stante la situazione di moratoria stabilita a livello nazionale Dopo la conclusione del periodo sperimentale sull'invio telematico dei certificati di malattia, ai medici che sono stati segnalati per aver rilasciato ulteriori certificati in formato cartaceo è stata inviata, con finalità collaborativa, una lettera con la richiesta di segnalazione di eventuali difficoltà incontrate nella procedura informatica e di disponibilità a esaminarle da parte del personale dell'Help Desk dell'ASS6, lettera che indirettamente svolgeva però anche una funzione di richiamo all'osservanza delle procedure.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: Il risultato atteso a) è stato stralciato come da documento Prot.n. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 “Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011”.	

Linea n. 3.4.5.14: Sistemi informativi territoriali per la disabilità	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Proseguire l'attività di rinnovamento dei sistemi per la disabilità e le malattie croniche.	Garantire la fruibilità tecnica degli sviluppi informatici regionali quando disponibili.
Attuazione al 31.12.2011 Non sono stati effettuali rilasci o modifiche di applicazioni SISSR in materia di disabilità e malattie croniche fatto salvo per il "data entry a supporto della rilevazione dei profili ICF. Al riguardo si è provveduto a rendere disponibile l'applicazione, ottenere le credenziali di accesso per gli operatori coinvolti nel progetto e caricare i dati come richiesta dalle linee di gestione specifiche (vedi linea 3.4.4.7).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

”

Linea n. 3.4.5.15: Sistema del Sociale	
Obiettivo aziendale Partire dall'attuale cartella sociale per arrivare al "Sistema del Sociale".	**Risultato atteso** Garantire la fruibilità tecnica degli sviluppi informatici regionali quando disponibili.
Attuazione al 31.12.2011 La nuova cartella sociale che sarà adottata anche per supportare le attività delle assistenti sociali dei servizi in delega, sarà rilasciata da INSIEL entro il primo trimestre 2012.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.16: Case di Riposo vedi linea 3.4.4.6	
Obiettivo aziendale Estendere l'informatizzazione delle case di riposo.	**Risultato atteso** vedi linea 3.4.4.6

Linea n. 3.4.5.17: Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso** Garantire la fruibilità tecnica degli sviluppi informatici regionali quando disponibili.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo a) è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS Avviato nel mese di settembre il sistema Self Service del Dipendente per ufficio Gestione Risorse Umane e ufficio Tecnologie Informatiche, predisposto dalla Struttura Complessa Risorse Umane la pianificazione e formazione del personale per la diffusione in tutta l'azienda del modulo Self Service.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.18: Sistema di governo	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso** Garantire la fruibilità tecnica degli sviluppi informatici regionali quando disponibili.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo a) è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS. E' in uso il nuovo sistema di governo da parte dei seguenti uffici: Programmazione e Controllo di Gestione, Farmaceutico, Accreditamento Qualità e Tecnologie Informatiche. Eseguito cambio versione su tutte postazioni client come da specifiche fornite da INSIEL.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale Approvvigionamento e logistica	**Risultato atteso** Entro un mese dall'attivazione del buffer, tutte le aziende dell'Area Vasta entrano nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche.
Attuazione al 31.12.2011 In data 29/04/2011 è stata trasmessa alla DCSISSePS (prot. n. 11143/DG) il documento elaborato congiuntamente dalle Aziende dell'Area vasta pordenonese relativo allo stato di attuazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'Area amministrativa per il miglioramento dell'efficienza del sistema e per il programma delle attività centralizzate.	

”

L'obiettivo si può considerare raggiunto da parte di tutte le aziende dell'area vasta: - l'attività di completamento del 'buffer' e l'attività di tuning sull'area vasta ha avuto inizio l'01/03/2011 e si è completata il 31/03/2011 (verbale riunione comitato dipartimentale del DSC –Ud 11/04/2011); - pertanto entro un mese dall'attuazione del buffer (aprile 2011) tutte le aziende dell'area vasta sono entrate nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea 4.2 – Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici.	**Risultato atteso** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011 Intervento Maniago Fisioterapia – (350.000 euro) E' stato costituito un gruppo di lavoro sul "progetto fisioterapia Maniago" con le figure professionali interessate alla realizzazione del progetto stesso, sia per quanto riguarda l'aspetto sanitario che per quello tecnico ed amministrativo. Così come programmato, in riferimento alle possibilità evidenziate si sottolinea quanto segue: a. In riferimento alla costruzione di una struttura attigua alla Piscina di Maniago è stata redatta una bozza di possibile accordo con l'Amministrazione Comunale di Maniago che ha evidenziato precise criticità in ordine all'impiego di risorse per investimenti edili-impiantistici che non avrebbero determinato l'immediato titolo di proprietà della struttura fruibile per il servizio di Fisioterapia. A tal fine in data 9.11.2011, durante una riunione congiunta per valutare le possibili modalità realizzative, il Direttore Generale aziendale, il Sindaco di Maniago e l'assessore Salvador in rappresentanza della Regionale hanno ritenuto di valutare ulteriormente la questione avvalendosi della consulenza di uno studio legale. b. In merito alla realizzazione di locali da adibire a fisioterapia all'interno dell'ospedale di Maniago mediante completa ristrutturazione di una zona all'ultimo piano della struttura si è concluso che la quantificazione della spesa nell'ordine dei 800.000,00 € non era compatibile con le risorse disponibili e pertanto questa soluzione è stata abbandonata. c. Si sono fatte precise valutazioni in ordine alle attuali criticità presenti nei locali attualmente assegnati al sevizio di fisioterapia nell'ambito di un elaborato configurabile come progetto preliminare. Tale elaborato potrebbe trovare esecutività nel caso non si riesca a dar seguito al servizio di Fisioterapia in una struttura attigua alla piscina di Maniago.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA
ASS 6 "FRIULI OCCIDENTALE"

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2004		Piano 2005		Piano 2006		Piano 2007	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	8.098,0	%	2.087,5	%	2.959,5	%	2.351,0	%
Progettazione in corso	400,0	4,9%	-	0,0%	20,0	0,7%	661,6	28,1%
Progettazione conclusa	1.544,0	19,1%	-	0,0%	-	0,0%	336,0	14,3%
Cantiere in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	30,0	1,3%
Opera conclusa	6.154,0	76,0%	2.087,5	100,0%	2.939,5	99,3%	1.323,4	56,3%
Totale	8.098,0	100,0%	2.087,5	100,0%	2.959,5	100,0%	2.351,0	100,0%

	Piano 2008		Piano 2009		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.877,9	%	2.522,3	%	1.298,0	%	730,0	%
Progettazione in corso	198,1	10,5%	588,3	23,3%	503,0	38,8%	730,0	100,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%	300,0	11,9%	73,0	5,6%	-	0,0%
Cantiere in corso	460,0	24,5%	608,0	24,1%	186,0	14,3%	-	0,0%
Opera conclusa	1.219,8	65,0%	1.026,0	40,7%	536,0	41,3%	-	0,0%
Totale	1.877,9	100,0%	2.522,3	100,0%	1.298,0	100,0%	730,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					31.12.2010	31.12.2011
II lotto - Completamento area endoscopica e ambulatori	2004	1.090,0	I sem 2008	I sem 2009	90%	100%
Realizzazione RSA	2004	1.544,3			0%	0%
Cittadella della Salute di Pordenone *(comprende la quota di 468.294,00 euro attribuita all'AO di Pordenone)*	2011	10.468,3			-	0%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	-	-	-	-
2007	250,0	250,0	250,0	*100%*
2008	-	-	-	-
2009	2.800,1	2.438,0	2.578,7	*92%*
2010	905,6	555,4	711,0	*79%*
2011	950,0	-	554,0	*58%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	1.209,3	287,9	1.181,0	73,8
2007	1.392,9	317,0	648,4	136,8
2008	297,6	93,7	1.233,1	78,4

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
983,99	-

”

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Informatizzazione assistenza domiciliare		2009	168,0	97,6	-	concluso
Attrezzaggio CDA (B)	territorio	2010	100,0	-	-	gara da avviare
Ausili per invalidi	territorio	2010	325,0	320,7	-	concluso
Sistema di videoendoscopia - riscatto sistema in leasing (CCR - RR)	Spilimbergo	2011	113,0	113,0	-	concluso
Arredo e attrezzaggio sedi territoriali aziendali (B)		2011	87,0	-	-	gara da avviare
Arredo e attrezzaggio Centro disturbi alimentari (B - quota integrativa)	CDA	2011	100,0	19,8	-	concluso
Ausili		2011	260,0	210,3	-	concluso
Automobili		2011	178,0	177,7	-	concluso

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzione coordinate (unica di Area Vasta)	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizioni delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31.12.2011 E' stato elaborato il Piano Attuativo di Area vasta giuliano isontina per le funzioni coordinate e trasmesso in Direzione centrale, salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali (di seguito DCSISSePS) in data 29 aprile 2011 (nota di ASS1 prot. n. 18853 del 29.04.2011). Ad integrazione dell'elaborato su citato sono stati trasmessi documenti successivi per approfondire aspetti organizzativi relativi alle seguenti funzioni coordinate: - Laboratorio analisi (trasmesso in DCSISSePS con nota di ASS1 prot. n. 28598 del 29.06.2011) - Anatomia patologica (trasmesso in DCSISSePS con nota di ASS1 prot. n. 28598 del 29.06.2011) - Medicina immunotrasfusionale (trasmesso in DCSISPS con nota di ASS1 prot. n. 29035 del 30.06.2011) - Psichiatria (trasmesso in DCSISSePS con nota di ASS1 prot. n. 29033 del 30.06.2011) Inoltre in attuazione di previsioni specifiche per la funzione coordinata di ORL, di cui al su citato Piano del 29 aprile 2011, è stato inviato in DCSISSePS con nota di ASS1 prot. n. 42944 del 30.09.2011 l'Accordo attuativo di Area vasta per la funzione coordinata di otorinolaringoiatria (ORL).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema	**Risultato atteso:** Entro il 30.04.2011 approvazione del Piano Attuativo di Area Vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'area amministrativa: - trattamento previdenziale - acquisizione del personale - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari - fiscalità - recupero crediti - controllo sulle esenzioni ticket
Attuazione al 31.12.2011 E' stato elaborato il documento "Progettualità per la condivisione di percorsi nell'area amministrativa", trasmesso in DCSISSePS in data 29 aprile 2011 (nota di ASS1 prot. n. 18853 del 29.04.2011).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei Tempi di attesa

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale: Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta per l'anno 2011	**Risultato atteso:** L'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta. Fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010)
Attuazione al 31.12.2011 Il Piano di produzione dei tempi di attesa è stato definito e presentato all'interno del Piano attuativo ospedaliero 2011 e consolidato dal livello regionale, nella deliberazione giuntale n. 597/2011. E' stata trasmessa da parte di ASS1 in data 17 febbraio 2012 la relazione unica di Area vasta giuliano isontina sui tempi di attesa, in cui, al quesito 1 si desume che nelle cinque rilevazioni indicate dalla DCSISSePS relative alle giornate indice del 12.01.2011, 01.04.2011, 01.07.2011, 01.10.2011 e 09.01.2012 sono stati sempre rispettati i tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale garantiti da AOUTS per il 2011. Il monitoraggio dei tempi di attesa per interventi chirurgici di aprile 2011 rileva criticità nel tempo di attesa per asportazione neoplasia della prostata, criticità non più riscontrata nei successivi monitoraggi.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
Obiettivo aziendale: Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti.	**Risultato atteso:** Eventuali prescrizioni delle prestazioni soggette al rispetto dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della legge regionale 26.03.2009, n. 7, senza l'esplicitazione del criterio di priorità, sono comunque vincolate all'erogazione entro 120 giorni.
Livello di raggiungimento Le Aziende di AV hanno definito una comune modalità operativa ed indicato il percorso da utilizzare in caso di superamento dei TA per le prestazioni previste dall'art. 12 della LR nr.7/2007. La relazione congiunta è stata inviata con prot. ASS1 n. 15648 del 08.04.2011	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Contenimento dei tempi di refertazione relativamente alle prestazioni di laboratorio, anatomia patologica e visite specialistiche.	**Risultato atteso:** Entro il 30/4/2011, per gli esami diagnostici di laboratorio e di anatomia patologica, si verificherà con un'analisi organizzativa la possibilità di introdurre significativi miglioramenti nei tempi di risposta anche mediante azioni di revisione delle linee di produzione. Ciò, anche per uniformare le possibili soluzioni al nuovo assetto previsto dalle funzioni coordinate di Area Vasta. Conseguentemente, previo reintegro della dotazione organica di personale medico e tecnico attualmente deficitaria, questa Azienda si pone l'obiettivo del complessivo rientro della percentuale di refertazioni effettuate entro 7 giorni dall'accettazione al target dell'80% proposto dalla DCSISSePS (*) - per le visite specialistiche si prevede la refertazione

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
	entro 7 giorni dall'esecuzione della visita in almeno l'80% dei casi (*) (*) I tempi indicati non tengono conto degli eventuali tempi obbligatori di protocollo per l'esecuzione tecnica degli esami.

Attuazione al 31.12.2011

In data 29 aprile 2011 (prot. n. 5581) è stata inviata in DCSISSePS una relazione sugli aspetti organizzativi della struttura di Anatomia patologica. Tale analisi ha evidenziato la necessità di un incremento di organico, che l'Azienda ha iniziato ad acquisire dopo aver ottenuto, da parte dell'Amministrazione regionale competente, l'autorizzazione preventiva a seguito dell'approvazione del programma annuale 2011 (Deliberazione giuntale n. 597/2011).

Giova rilevare, anche in questa sede, che l'Azienda non è ancora riuscita a completare l'acquisizione di detto personale e che per quello già presente ha la necessità di completare il periodo formativo e di training specifico.

Per quanto riguarda i tempi di refertazione degli esami di laboratorio non sussistono criticità; comunque, per la specificità del fenomeno si rinvia alla proposta di riorganizzazione della funzione coordinata di Area Vasta (nota spedita da ASS1 prot. n. 29035 dd. 30.06.2011).

Per quanto concerne le visite specialistiche, allo stato attuale, si rileva che non esiste, a sistema, nessuna modalità routinaria, certificata, per verificare il tempo di refertazione, anche perché in questo caso la refertazione è pressoché immediata.

In tema di tempi di refertazione di anatomia patologica la disamina del fenomeno è più ampia ed è necessario rinviare a quanto rappresentato nella nota inviata in DCSISSePS (prot. n. 9517/11 del 21 luglio 2011).

Dai dati disponibili in APSYS a consuntivo 2011, scomponendo le performance di refertazione tra i due periodi previsti dall'obiettivo (I Quadrimestre vs II e III Quadrimestre) si riscontra che i Tempi di attesa tra "Accettazione e Refertazione" sono i seguenti:

a) periodo 1-1-2011 al 30/4/2011: Totale 253 referti. Tempo medio refertazione:3,6 giorni (mediana 2). Esami refertati entro 7 giorni: 224 (88,51%)
b) periodo 1-5-2011 al 31.12.2011: 531 referti. Tempo medio refertazione: 3,3 giorni (mediana 2). Esami refertati entro 7 giorni: 478 (90,02)

In estrema sintesi l'Azienda chiede di stralciare detto obiettivo in quanto non misurabile, ossia dipendente da problematiche terze non risolvibili da questa Azienda. Sul tema si attende riscontro da parte della stessa DCSISSePS.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.2.9 – Programmi di screening	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Screening cervice uterina	Screening cervice uterina
– Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale	– Revisione del 95% della casistica assegnata
Screening mammella	Screening mammella
– % prestazioni di 2^ livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate in G2 clinico o in APSYS con esito codificato	– >=95%
– % di donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2^ livello) registrata nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1^ livello	– >=90%
Screening colon retto	Screening colon retto
– % colonscopie di 2^ livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati	– >=95%
	NOTA 1: Il volume di attività erogabile, ed i relativi

Linea n. 3.4.2.9 – Programmi di screening	
	tempi d'attesa, sono proporzionati alla dotazione organica della relativa SC. L'eventuale incremento di domanda oltre il 10% dei valori registrati nel corso del 2010 comporterà una revisione della dotazione specifica per quanto riguarda il finanziamento relativo al Piano Interaziendale di Area Vasta per il Contenimento dei Tempi d'Attesa (cui si rimanda). NOTA 2: Si evidenzia come l'incremento di attività secondarie a screening comporta una riduzione delle attività erogate a seguito di richiesta diretta.

Attuazione al 31.12.2011

Il monitoraggio eseguito dal livello regionale ha evidenziato che:

1. Screening cervice uterina: la revisione della casistica assegnata è del 100%

2.a. Screening mammella: il 100% le prestazioni di 2^ livello sono registrate con esito codificato nel 100%.

2.b. Delle 245 donne registrate in G2 clinico solo 12 non hanno completato l'iter previsto (tempo intercorso tra data della Mammografia di screening e data di Comunicazione dell'esito finale di 2° livello) entro 90 giorni dalla diagnosi. L'indicatore pertanto è pari al 95,1% e non l'84,1% come comunicato per le vie brevi dagli uffici della DCSISSePS.

Si fa presente che per un motivo di disallineamento tra i sistemi G2 di ASS1 ed AOUTs (non visibilità reciproca) per circa quaranta donne (nr.=39) nel corso del 2011 l'iter risulta non essere stato chiuso entro lo standard previsto (90gg). Per queste donne, invece, si tratta quasi sempre di "casistica chiusa" ma difficile da registrare sui due sistemi ancora "disallineati". Per ciascuna paziente ciò ha comportato la loro convocazione per eseguire un colloquio informativo con un medico (nel caso di diagnosi dubbie e sempre qualora la diagnosi è sospetta o positiva), oppure viene convocata presso la segreteria dello screening (nel caso di diagnosi di tipo benigno). Quest'ultima attività avviene presso ASS1 (sede della segreteria dello Screening). Si informa inoltre che di tutti i "casi chiusi" si conserva presso la Segreteria de Strutture di AOUTs coinvolte nel programma di screening (in questo caso presso la SC di Anatomia Patologica e la SC di Radiodiganostica di Cattinara) la lettera di sintesi degli accertamenti, consegnata a mano alla paziente in quella data e avente come destinatario formale il suo Medico di Medicina Generale. Il problema persiste nonostante sia stato discusso e condiviso con il coordinamento regionale dello screening, durante una riunione dell'Unità Senologica-Programma di screening tenuta il 22 marzo 2011 presso DCSISSePS.

3. La percentuale di colonscopie di 2^ livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati è stata del 100%.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.1 – Accreditamento istituzionale	
Obiettivo aziendale: Avviare le procedure di accreditamento per le strutture sanitarie di degenza.	**Risultato atteso:** 1. Individuazione di un referente entro il 31.01.2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture. 2. Messa a disposizione dei professionisti valutatori formati e individuazione di professionisti sanitari da formare a carico della regione per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie, nella misura di almeno 20 per AV, con un impegno di 5 giornate/anno.

Attuazione al 31.12.2011

1. L'Azienda ha individuato il proprio referente aziendale per quanto riguarda le procedure di accreditamento istituzionale e lo ha formalmente comunicato agli uffici regionali con nota prot. n. 1169/2011 del 27.01.2011. Il referente aziendale ha partecipato a tutte le riunioni a livello regionale.

2. AOUTS su disposizione regionale ha inviato l'elenco dei professionisti da avviare a formazione in qualità di valutatori/osservatori per l'accreditamento istituzionale regionale con prot. n. 1584 del 07.09.2011. Detti professionisti hanno partecipato ai corsi di formazione accreditati ECM del livello regionale e sono disponibili per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO.

NOTA: L'obiettivo è stralciato, come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011", solo per la parte che si riferisce al numero delle giornate stimate a causa del ritardo nell'approvazione della delibera DGR1436/2011.

Linea n. 3.4.3.2– Assistenza farmaceutica

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1. Continuità dei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva	1. Entro il 31.12.2011 la SC di Farmacia di AOUTS invia alla Direzione Strategica una relazione conclusiva sull'appropriatezza prescrittiva (in area oncologica, oncoematologica, reumatologica) per il 2011 e sul mantenimento della registrazione dei dati sul portale AIFA per il 100% dei pazienti.
2. Distribuzione diretta	2. L'Azienda dà massimo sviluppo all'attività di distribuzione diretta e primo ciclo, secondo accordi da definirsi con le Aziende per i Servizi Sanitari
3. Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici	3. La cartella oncologica informatizzata viene implementata anche presso la SC di Ematologia Clinica (100% delle informazioni per il 95% dei pazienti onco-ematologici).
4. Responsabilizzazione degli specialisti sulla prescrizione di medicinali a brevetto scaduto	4. Produzione, in collaborazione con le aziende territoriali di un documento di analisi del fenomeno con individuazione delle aree di miglioramento entro il primo trimestre 2011. Conseguente attuazione delle eventuali azioni di responsabilizzazione degli specialisti (obiettivi di budget specifici)
5. Farmaci sottoposti a registro AIFA e farmaci oncologici	5. a) l'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con nota n. 18104/SPS/farm del 11.10.2010. b) oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali.

Attuazione al 31.12.2011

1. La SC di Farmacia ha inviato alla Direzione strategica di AOUTS la relazione conclusiva sull'appropriatezza prescrittiva al 31.12.2011 (disponibile agli atti), dalla quale si evince che la struttura in questione ha posto in essere tutte le attività procedurali richieste dalla normativa vigente per il rispetto formale dell'utilizzo dei farmaci emato-oncologici previsti da AIFA.

L'Azienda, tuttavia, non ritiene vincolante rendere disponibile l' utilizzo di un farmaco soltanto in base

all'esistenza e relativa compilazione on line sul portale AIFA, ma ne approfondisce la valutazione attraverso il coinvolgimento multidisciplinare dei propri richiedenti/ utilizzatori, della Direzione Sanitaria, della Farmacia e della Commissione del Prontuario Terapeutico ospedaliero, in particolare.
Sono state approntate a riguardo delle schede specifiche per ogni farmaco di nuova introduzione focalizzate sulla rilevazione critica delle prove di efficacia e sicurezza recuperate in letteratura, corredate anche di un analisi di budget impact.
La rilevazione richiesta da AIFA, peraltro necessaria perché tesa a raccogliere in ambito di cura quotidiano qualche informazione aggiuntiva riguardo l'esatto profilo di efficacia e sicurezza, nasce proprio in virtù dell' incertezza che aleggia sui reali profili di costo/efficacia di queste molecole.
2. Il livello di distribuzione diretta del farmaco, sulla base dei valori economici distribuiti e del volume di attività calcolata attraverso il numero di confezioni erogate nel corso dell' intero 2011, è illustrato nella successiva Tabella:

Spesa per farmaci della distribuzione diretta al costo di acquisto ospedaliero e volumi distributivi in numero di confezioni erogate: consolidato 2011 vs consolidato 2010

	Costo di acquisto in Ospedale (in EURO)		Numero di confezioni per specialità medicinale	
	2010	2011	2010	2011
Primo Ciclo	264.627	192.399	94.247	102.171
TER (PHT)	2.464.467	3.086.005	13.452	15.652
Totale Diretta	2.729.089	3.381.092	107.699	117.823

La parte preponderante del fatturato è imputabile ai farmaci del PHT, poiché hanno un costo unitario elevato. Gli effetti dell' abbattimento di prezzo per numerose specialità, ottenuto nell' ultima gara rispetto la precedente, hanno cominciato a far sentire gli effetti da marzo 2010: ciò spiega come, a fronte di un aumento del numero di confezioni distribuite nel 2011 del + 10,21% per farmaci del 1° Ciclo, si assiste ad un calo del loro fatturato di acquisto.
Complessivamente il volume di attività, assommando anche i farmaci definiti del PHT, incrementa del +9,40% rispetto l' anno 2010 e risulta in miglioramento rispetto l' incremento del +5,5% realizzato al primo semestre 2011.
Si evidenzia che non sono stati definiti ulteriori accordi con le Aziende per i Servizi Sanitari eccetto quelli vigenti nel biennio 2009-2010.
3. Dalla reportistica del livello regionale si desume che in AOUTS la cartella oncologica informatizzata viene implementata presso la SC di Ematologia Clinica per il 95,6%.
4. Rispetto all'obiettivo è stata inviata in Regione una nota (prot. n 2971/11 del 4 marzo 2011) in cui si evidenzia che le attività inerenti il suo conseguimento (che prevede come risultato atteso un intervento di Area Vasta da concludersi entro il 31 marzo 2011) è tipicamente di pertinenza territoriale. Ciò si evince dalla lettura della citata nota della DCSISSePS del 10.02.2011 che esplicita il programma regionale in tema di assistenza farmaceutica e integrativa e anche dal fatto che obiettivo e risultato atteso di ASS1 non prevedono in alcun modo di produrre, in collaborazione con le altre aziende di AV, le analisi richieste invece a questa Azienda Ospedaliero-Universitaria.
Tuttavia, AOTS riconosce per principio l'importanza di riservare attenzione ai farmaci generici (equivalenti) ed ai biosimilari, ed identifica da sempre nel PTO aziendale come lo strumento principale per supportare la loro disseminazione.
Il PTO seleziona i farmaci in base a criteri di efficacia, sicurezza e rapporto costo/benefici attraverso valutazioni di tipo comparativo secondo i criteri della Medicina basata sulle Evidenza.
Sono i farmaci che vengono impiegati in corso di degenza ospedaliera e poi consegnati ai pazienti dimessi, e come tali destinati ad incidere sulla spesa territoriale trattandosi di terapie croniche. Delle 245 tipologie di farmaci distribuite ai degenti in dimissione nel corso del 2011(differenti per principio attivo, forma farmaceutica , dosaggio) , 147, pari al 62,3% del totale sono inserite nelle liste dei farmaci equivalenti.
I rimanenti corrispondono comunque a farmaci di vecchia immissione in commercio quali acido acetilsalicilicico, ecc

Volendo esaminare le classi che impattano maggiormente la spesa territoriale, si ricorda che AOTS conserva nel PTO E CONSEGNA AI PAZIENTI IN DIMISSIONE Losartan come unico rappresentante della classe degli ARB's.; Pantoprazolo nella categoria degli inibitori PPI, Salbutamolo ed Ipratropio nei broncodilatatori, Gabapentin come antidolorifico e rifugge l' introduzione di nuove molecole se queste, a fronte di nessun miglioramento clinico, si inseriscono in categorie terapeutiche già rappresentate da principio attivo scaduto (per es. Indacaterolo).

AOTS ha facoltà di stabilire quale principio attivo adoperare, mentre se il farmaco ha più produttori, l' acquisizione avviene tramite procedura DSC, ottemperando alle regole vigenti in materia di acquisizione di beni della amministrazione pubblica. Peraltro se il principio attivo rientra nelle liste di trasparenza fissata da AIFA con decreto 78/2011, nessun aggravio di costi deriva alla comunità dalla scelta di un generico piuttosto che l' altro, piuttosto che il brand.

Sono due i principi attivi che al momento godono lo status di biosimilare il filgratim e l' eritropoetine, per le quali è stata indetta dal DSC gara di acquisizione. Nel frattempo che si renda disponibile i nominativi degli aggiudicatari, si comunica che AOTS di propria iniziativa acquisisce già il generico del filgrastim da Aprile 2011, data di immissione in PTO aziendale, con un costo comprensivo di IVA pari a 31,0 €. Tale prodotto ha sostituito interamente quello precedente Granulokine che veniva acquisito ad un prezzo di 60,0 a fiala.

L' intercambiabilità dei due prodotti è avvenuta tenendo in debita considerazione le caratteristiche rispettive e più in generale i vincoli della terapia ricostitutiva della conta granulocitaria, senza segnalazione alcuna di inconvenienti ad opera dei prescrittori.

AOTS si rende disponibile ad acquisire la Epoetina vincitrice di gara nell' anno 2012 del DSC , per l' impiego in nefrologia ed oncologia nei pazienti naive alla terapia, come da indicazioni nazionali di AIFA e sentenze giuridiche.

5. AOUTS adempie correttamente alle normative e regolamentazioni ministeriali e AIFA previste per le prescrizioni farmacologiche dell'elenco AIFA e adotta tutte le procedure previste in caso di risk-sharing a livello nazionale.

Tutti i farmaci che richiedono compilazione del registro on line Onco Aifa, continuano ad essere spediti dalla Farmacia soltanto dopo che quest' ultima riceve la richiesta tramite posta elettronica.

Tale richiesta compilata dal clinico prescrittore, transita attraverso la società Cineca consorziata con AIFA, che ne dovrebbe verificare i contenuti formali.

La SC farmacia monitora e stimola i prescrittori a completare la chiusura delle schede di quei farmaci che hanno avviato una procedura di risk-sharing e/o payment by result.

Nel caso invece la scontistica venga applicata in sede di primo ordine, di ciò viene data opportuna evidenza alla ditta in sede di emissione di ordine, verificando poi le condizioni effettivamente applicate.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.3 – Sicurezza del paziente e governo clinico

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1. Continuare nelle progettualità intraprese nel 2010. 2. Raggiungere gli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza. 3. Proseguire le attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. 4. Partecipare alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza.	1. Mantenimento delle attività previste dal Piano di Miglioramento QPS (monitoraggio indicatori, ecc.) 2. Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. 3. Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso. 4. Partecipazione al programma regionale.

Attuazione al 31.12.2011

1. AOUTS ha mantenuto nel 2011 le attività indirizzate alla minimizzazione del rischio in Azienda. Il Comitato

interno aziendale (che per un'Azienda accreditata JCI corrisponde al Comitato di Miglioramento Qualità e Sicurezza del Paziente (Quality Improvement and Patient Safety - QPS) mantiene gli schemi di monitoraggio e di analisi dei rischi già sperimentati negli anni passati.
2. L'Azienda partecipa con il proprio referente al programma di "Sicurezza e Governo Clinico" regionale. In data 15 aprile 2011 (la scadenza è stata formalmente posticipata dal 30 marzo al 15 aprile 2011) l'Azienda ha inviato con nota Prot. Gen. 4867/11 del 14.04.2011 alla DCSISSePS competente un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel 2010 in tema di sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni.
3. Con prot. n. 16160 del 28.11.2011 è stato trasmesso alla DCSISSePS competente il documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.
4. AOUTS ha partecipato al programma regionale in tema di rilevazione della prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza. Detto programma è stato avviato in data 4.10.2011 e si è concluso in data 14.10.2011. Le schede di rilevazione sono state consegnate al livello regionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.4 – Assistenza protesica

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso**
Avvio dell'attività di censimento dei professionisti prescrittori e formazione dei medesimi.	- Censimento dei professionisti prescrittori, formazione dei medesimi - Avvio dell' utilizzo della procedura informatizzata condizionata all'esito positivo delle verifiche di usabilità da G del software fornito.

Attuazione al 31.12.2011
1. Il censimento dei professionisti prescrittori è stato effettuato da parte dell'Azienda. E' stata avviata un'attività di informazione interna all'Azienda, tramite l'invio di circolari nei reparti e negli ambulatori ospedalieri. AOUTS è tuttora in attesa di conoscere le date in cui si svolgeranno i corsi di formazione per i professionisti al fine dell'utilizzo del software.
2. Per quanto riguarda l'avvio della procedura informatizzata si è concordata con il referente regionale per il progetto l'opportunità di avviare la prescrizione informatizzata della protesica a valle dell'avvio dell'Anagrafe unica regionale, cui è legata.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.5 – Cure palliative

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regione, e modalità operative di documentazione. 1. (ex art 7 L 38/2010) Obbligo di riportare in cartella infermieristica, medica; (la registrazione deve comprendere le caratteristiche del dolore, la terapia antalgica, i farmaci utilizzati ed i dosaggi, il risultato antalgico) 2. Implementazione del personale formato in tema di cure palliative e terapia del dolore; 3. Partecipazione dell'Azienda alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	1. Mantenimento della proporzione di registrazione in cartella della valutazione del dolore della terapia antalgica e della rivalutazione dei pazienti trattati;* 2. Coordinamento per l'Area Vasta di almeno un progetto di formazione sulla terapia antalgica; 3. Partecipazione al programma regionale, laddove avviato. *La definizione della casistica oggetto dell'intervento potrebbe essere la medesima utilizzata nel protocollo già vigente "Ospedale senza dolore" ed in linea con gli stringenti criteri JCI.

Attuazione al 31.12.2011
1. La percentuale di conformità della registrazione in cartella del livello di dolore iniziale nell'anno 2011 è stata del 92,3% mentre la sua rivalutazione nei pazienti in trattamento è stata del 94,2% (target 95%).
2. AOUTS ha effettuato un censimento delle singole esperienze di formazione in tema di terapia antalgica

delle Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina ed ha predisposto un primo progetto formativo sul quale coinvolgere tutte le altre Aziende organizzando in data 24/11/2011 un Convegno sul tema del dolore dal titolo: "Il dolore inutile. La rete di Terapia Antalgica e la rete delle cure palliative nell'Area Vasta Giuliano Isontina". Sono state inoltre organizzate 3 edizioni del corso di formazione sul dolore cronico per infermieri, aperte al territorio e alle altre Aziende dell'AV, in data 2, 13 e 16 dicembre 2011 e tre edizioni del corso residenziale sul "dolore acuto in chirurgia".

3. AOUTS è una delle 244 Aziende ospedaliere ad essere sottoposta ad audit da parte del Ministero della Salute. Tale Audit si è svolto nell'ultima settimana di Luglio 2011. Non è stato avviato un programma regionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.6 – Rete oncologica	
Obiettivo aziendale: Partecipare al 100% delle attività promosse dalla DCSISSePS.	**Risultato atteso:** Contributo alla produzione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche.
Attuazione al 31.12.2011 L'Azienda ha partecipato alle riunioni regionali coordinate dagli Stati generali dell'Oncologia con un proprio referente.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7 – Trapianti	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1. Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acuta	1.1 Registrazione del numero di decessi per lesione cerebrale acuta in Rianimazione: 100% 1.2 Registrazione del numero accertamenti di morte con criteri neurologici: 100% 1.3 Numero accertamenti di morte/numero dei decessi per lesione cerebrale acuta: >20%
2. Garantire l'indice di prelievo realizzato nell'ultimo biennio.	Indice di prelievo (>35%);
3. Attivare il Procurement di tessuti.	3.1 Evidenza della condivisione con le Direzioni Aziendali dei progetti di incremento del procurement di cornee; 3.2 numero cornee prelevate/decessi <=74 anni eleggibili al prelievo di cornea in Ospedale > 2.5%;
4. Favorire la sicurezza del processo donazione-trapianto.	Vengono attivati entro il 31.12.2011 almeno due audit dei processi di donazione-trapianto (numero audit/segnalazioni).
Attuazione al 31.12.2011 1.1 L'Azienda, attraverso il referente regionale per quanto riguarda il prelievo dei tessuti e degli organi, ha proceduto al monitoraggio del 100% dei decessi per lesione cerebrale acuta; 1.2 Nel 2011 sono state registrate il 100% degli accertamenti di morte con criteri neurologici (100%); 1.3 Numero accertamenti di morte/numero dei decessi per lesione cerebrale acuta: 4 su 24 (16.67%). 2. Per quanto riguarda l'indice di prelievo si è attestato al 13% . Si evidenzia una mortalità dei pazienti trasferiti in Terapia Intensiva per lesione cerebrale acuta relativamente stabile e compatibile con benchmark; si sottolinea l'elevata inaspettata ineleggibilità dei deceduti alla successiva donazione, per presenza di fattori clinici neurologici ostativi alla diagnosi di Morte con criteri neurologici. Il fenomeno "epidemiologico" (ridotta mortalità della casistica trattata presso le Terapie Intensive in quest'ultimo triennio) associato alle caratteristiche dei casi selezionati (fattore demografico, comorbidità, ecc.) impongono per il futuro una modifica dell'indicatore (sua standardizzazione o utilizzo di un nuovo	

Linea n. 3.4.3.7 – Trapianti

indice di "efficienza" di processo).

3. Sul punto del procurement di cornee è iniziato un programma pilota all'interno della Terapia Intensiva di Cattinara che ha consentito di: rodare il percorso evidenziando le eventuali criticità, offrire elementi di riflessione al fine di una espansione del programma all'interno dell'Azienda, eseguire e portare a buon fine 6 prelievi di cornee (6 su 26 pazienti eleggibili ovvero 23% (punto 3.1.2 degli obiettivi).
4. Sono effettuati meeting mensili di analisi e di debreefing sull'attività di prelievo rivolti a medici e infermieri del Dipartimento Medicina Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza. Questi sono considerati attività ECM (formazione sul campo). Inoltre sono stati svolti due Audit : uno sul processo di donazione–prelievo (14.09) e uno clinico sulle alterazioni cliniche del potenziale donatore (14.12).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.8 – Piano sangue

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1. Mantenere l'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio, con calendario unico concordato tra le Associazioni e Federazioni del Volontariato del Sangue e il Coordinamento regionale del sistema trasfusionale. 2. Garantire la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale anche con la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale e di verifica dell'appropriatezza trasfusionale definiti dal coordinamento regionale trasfusionale e la formazione specifica sulle reazioni indesiderate e sugli eventi avversi alla trasfusione del sangue e dei suoi componenti al personale addetto all'emoterapia nelle strutture di diagnosi e cura, come previsto dal DLGs 207/2007. 3. Elaborare, in accordo con le Associazioni del Volontariato operanti nel settore, un programma per l'incremento del numero di donatori di cellule staminali emopoietiche, utilizzando, all'uopo, i finanziamenti ministeriali destinati al Coordinamento Regionale per le attività trasfusionali (ex art. 6 comma 1 lettera c della Legge 219/2005) attraverso il Dipartimento per i Servizi Condivisi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine.	1. Vengono garantite nel 2011 almeno 30 uscite del mezzo mobile di raccolta sangue con almeno 600 unità di sangue intero raccolte nel territorio di Trieste. A decorrere dalla data di passaggio della funzione e delle relative risorse in AOUTs, questa Azienda subentra all'ASS 2 Isontina nella gestione delle uscite dell'unità mobile di plasmaferesi dell'ASS 2 Isontina, garantendo, come nel passato, l'effettuazione delle uscite concordate con le associazioni del volontariato del sangue operanti in regione. 2. I livelli di appropriatezza d'uso di emocomponenti è pari al triennio 2008-2010; 3. Si garantisce l'evidenza del programma. Nota: Il Laboratorio di Tipizzazione Tissutale di AOUTS redigerà un programma per migliorare l'arruolamento dei donatori di midollo osseo (attualmente circa 50 nuovi donatori/anno). La ricaduta del programma sarà un aumento delle tipizzazioni HLA per i nuovi iscritti, ma anche un auspicabile aumento dei donatori che effettivamente doneranno il midollo osseo, attività che è finanziata dal Registro Italiano Donatori di Midollo Osseo. Questo programma prevede un'ampia collaborazione con le associazioni di volontariato, principalmente ADMO, ed il Registro Regionale localizzato a Udine.

Attuazione al 31.12.2011

1. Nel 2011 sono state garantite 51 uscite dell'autoemoteca e sono state prelevate 1106 sacche di sangue intero. Non è stata ancora attivata la gestione dell'unità mobile di plasmaferesi per conto di ASS2 poiché tale funzione (e relative risorse) non sono state ancora trasferite da ASS2 ad AOUTs (Vedi anche Linea progettuale n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera: documento su Dipartimento Interaziendale di Area Vasta di Medicina Trasfusionale trasmesso in DCSISSePS con nota di ASS1 prot. n. 29035 del 30.06.2011).
2. L'Azienda ha garantito livelli di appropriatezza prescrittiva della risorse sangue paragonabili a quelli del triennio precedente (2008-2010). Le richieste inappropriate nel 2011 rappresentano il 2.5% del totale.
3. Nel 2011 si sono svolte azioni finalizzate all'incremento del numero di donatori di cellule staminali emopoietiche. Specificatamente sono stati effettuati due incontri con l'ADMO (Associazione donatori midollo

osseo) e con il Registro regionali, rispettivamente il 17 febbraio e il 13 dicembre 2012 (sono disponibili agli atti i verbali delle riunioni intercorse). Il workshop transfrontaliero che era stato programmato per il 2011 non è stato effettuato per problemi organizzativi legati anche ai colleghi dei Registri Nazionali di Austria, Slovenia e Croazia. E' stata invece portata a termine l'attività di formazione specifica a livello del Dipartimento Interaziendale di Medicina trasfusionale di Area Vasta che ha coinvolto personale infermieristico e medico di Trieste, Gorizia e Monfalcone. Si sono inoltre svolte diverse iniziative di sensibilizzazione sul territorio in collaborazione con ADMO, e in particolare presso la Capitaneria di Porto di Monfalcone, il CONI, la protezione civile, il Gruppo Danieli, l'Università di Trieste e diverse scuole.
Le azioni di promozione della donazione di midollo osseo hanno portato a un incremento nel numero di nuovi donatori (56 nel 2010 vs. 64 nel 2011) e un aumento dei donatori richiamati (9 vs. 15).

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.1 – Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1. Analizzare per Area Vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale	1. Trasmissione entro il 30/06/2011 alla DCSISSePS di un documento di analisi e di proposte sostenibili, condiviso in ambito di Area Vasta.
2. Continuità intra-territoriale: promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco e demenza), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.	2. Partecipazione dei professionisti specialisti di AOUTS alle attività di monitoraggio sulle malattie cronico degenerative e alla definizione dei percorsi assistenziali.
3. Concentrare gli attuali posti letto dedicati alla post acuzie in un'una unica sezione presso il Presidio del Maggiore dipendente dalla SC di Geriatria, che verrà trasferita presso lo stesso Presidio	3. Evidenza dell'attivazione della sezione di Post-Acuzie e del trasferimento della SC di Geriatria presso il Presidio del Maggiore.

Attuazione al 31.12.2011
1. E' stato inviato in data 30 giugno 2011 (prot. n. 29113/GEN) da parte di ASS1 il documento di accordo attuativo di Area Vasta in tema di "Continuità assistenziale". A seguito dello stesso è stata effettuata una ricognizione dei protocolli/procedure di continuità assistenziale esistenti e sono stati elaborati documenti integrati in Area Vasta trasmessi da parte di ASS1 alla Direzione regionale competente .
2. AOUTS rimane in attesa delle indicazioni dell'Azienda territoriale, al fine di partecipare, attraverso i propri professionisti, alle attività di monitoraggio sulle malattie cronico degenerative e alla definizione di percorsi assistenziali.
3. A seguito di un'attenta analisi che considera elementi di natura economico finanziaria, di carattere logistico e spazio-temporale, effettuata nei primi mesi del 2011, l'Azienda rileva di non poter procedere entro il 2011 alla concentrazione degli attuali posti letto dedicati alla post acuzie in un'unica sezione presso il Presidio del Maggiore. Detto trasferimento potrà essere valutato nel corso del 2012.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2 – Riabilitazione	
Obiettivo aziendale: 1. Predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione del Dipartimento di Riabilitazione in Area Vasta per garantire il governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio. 2. Definire e organizzare le attività di HUB e Spoke per l' alta specialità riabilitativa tra l' IMFR di Udine e i Dipartimenti di Riabilitazione di Area vasta. 3. Presenza in ogni Area Vasta dell'offerta riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.	**Risultato atteso:** 1. Trasmissione entro il 30/09/11 alla DCSISSePS della documentazione riguardante la strutturazione del Dipartimento di Riabilitazione di Area Vasta. 2. Trasmissione alla DCSISSePS della documentazione riguardante l'organizzazione delle attività di HUB e Spoke per l' alta specialità riabilitativa. 3. Evidenza (trasmissione alla DCSISSePS di un report di analisi quadrimestrale sul numero di pazienti e di prestazioni erogate) in ogni Area Vasta dell'attività riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.
Attuazione al 31.12.2011 1. AOUTs ha prodotto una proposta quadro di riferimento per la definizione di un Dipartimento riabilitativo di Area Vasta (trasmesso alla DCSISSePS in data 30.09.2011, Prot. 12547/2011 U35); 2. Il risultato non è raggiungibile dal momento che non sono stati costituiti i Dipartimenti di Riabilitazione di Area vasta 3. AOUTS ha effettuato il censimento delle attività riabilitative di II livello (pneumologi che e cardiologiche) per l'Area Vasta Giuliano Isontina. Detta reportistica è stata inviata alla Direzione regionale competente con prot. n. 16324 del 23.12.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: il 1) e 2) risultato atteso sono stati stralciati perché sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.1 – Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: 1. Proseguire la sperimentazione della prescrizione elettronica 2. Risolvere le criticità rilevate.	**Risultato atteso:** 1. Il 50% delle prescrizioni di prestazioni da erogarsi in azienda sarà informatizzato entro il 31.12.2011 2. Il risultato è condizionato dalla risoluzione delle criticità e dalla disponibilità di software Insiel di capacità adeguata al carico di lavoro.
Attuazione al 31.12.2011 All'interno dell'Azienda sono state contattate le strutture individuate per la sperimentazione (Diabetologia, Radioterapia, Oncologia, Ematologia clinica), al fine di procedere alla formazione del personale. Attualmente il personale è stato formato all'utilizzo del modulo informatico per la gestione delle prescrizioni elettroniche e già molti clinici utilizzano il modulo nella normale operatività quotidiana. Merita rilevare che l'Azienda ha avviato detta sperimentazione nonostante non sia stata data garanzia da Insiel relativamente alla capacità tecnica del software sperimentale a disposizione, né siano state date indicazioni sulle criticità rilevate. Inoltre per quanto a conoscenza di questa Azienda, non risulta esserci in corso alcuna attività svolta in tal senso da parte di Insiel. Giova ancora rappresentare che, al fine di raggiungere i risultati attesi per quanto riguarda la sperimentazione in questione, è rilevante e necessario il supporto da parte del soggetto terzo Insiel.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: Il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.	

Linea n. 3.4.5.2 - Firma digitale	
Obiettivo aziendale: 1. Proseguire nel primo semestre la sperimentazione della firma digitale sui referti ambulatoriali. 2. Superare nel secondo semestre la sperimentazione a fronte della nomina di Insiel responsabile della conservazione e estendere l'utilizzo della firma digitale alla lettera di dimissione.	**Risultato atteso:** 1. Sperimentare nel primo semestre la firma digitale sui referti su almeno 10 reparti 2. Nominare Insiel responsabile della conservazione e successivamente diffondere la firma digitale su referti e lettere di dimissione al 30% dei reparti NOTA: il risultato di cui al punto 2 è condizionato dalla disponibilità di Insiel di essere nominata Responsabile per la conservazione, dalla funzionalità del software ora in rilascio e dalla disponibilità del software per la firma sulla lettera di dimissione.
Attuazione al 31.12.2011 1. Ad oggi non c'è stato alcun rilascio da parte di Insiel di nuove versioni dei programmi tali da risolvere le problematiche riscontrate durante la fase di sperimentazione dello scorso anno (rif. lettera del Direttore Generale prot. n. 0005206/P del 20/04/2011). Si sta comunque procedendo con un'attività di verifica del funzionamento delle modalità di firma digitale su due software clinici usati in azienda e diversi dal G2 Clinico, nel dettaglio ApSys e C@rdioNet, pur nella consapevolezza che i limiti del flusso documentale dei referti firmati sono tuttora presenti. 2. L'obiettivo e' stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne, il secondo è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.3 – Privacy	
Obiettivo aziendale: 1. Mantenere l'assegnazione ed il controllo dei permessi di accesso a norma di legge 2. Sperimentare un eventuale nuovo applicativo che permetta la gestione del consenso del cittadino identificato in modo certo che si possa riferire al singolo episodio ed al canale di distribuzione.	**Risultato atteso**: 1. I permessi di accesso continuano ad essere assegnati e controllati a norma di legge con gli strumenti aziendali disponibili. 2. Disponibilità alla sperimentazione di un nuovo applicativo che permetta la gestione del consenso del cittadino identificato in modo certo che si possa riferire al singolo episodio ed al canale di distribuzione.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo e' stato stralciato su indicazione della DCSISSePS 1. Come nell'anno 2010 si continua nell'erogazione a norma di legge dei permessi di accesso. Tali azioni sono dimostrate dalle numerose procedure che riguardano le richieste di "ingresso" ed invio di password in uscita seguite dall'ufficio aziendale competente (tutta la corrispondenza è agli atti). 2. Al momento attuale nessun applicativo per la gestione dei consensi dei pazienti è stato reso disponibile da parte della Direzione regionale competente.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.5 – Sistemi di accesso	
Obiettivo aziendale: Provvedere a tutte le azioni necessarie per l'avviamento dei nuovi applicativi di anagrafica regionale, strutture e sportello.	**Risultato atteso:** L'Anagrafe Unica è attivata entro il 31.12.2011

Attuazione al 31.12.2011

L'obiettivo e' stato stralciato su indicazione della DCSISSePS

E' stata inviata alla Direzione regionale competente una nota di rilievo (prot. n. 9517/11 del 21 luglio 2011) dove si rappresenta che :

1. l'obiettivo riguarda un progetto complessivo e molto articolato, che dovrebbe portare all'utilizzo in tutte le Aziende sanitarie della Regione del nuovo sistema regionale degli accessi;
2. al fine di realizzare l'obiettivo stesso, tuttavia, è prevalentemente necessaria la stretta collaborazione con Insiel, che ancora non ha sviluppato per le Aziende dell'Area triestina (che presentano sostanziali peculiarità rispetto alle altre Aziende, vedi ad es. PACS, sistemi di accesso e rilascio password) le funzionalità necessarie per portare a compimento il lavoro;
3. non è, pertanto, determinabile la tempistica per il raggiungimento dell'obiettivo nell'anno corrente.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Linea n. 3.4.5.8 – Qualità della cura

Linea n. 3.4.5.9 – Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Mantenere i sistemi informatici esistenti presso ambulatori e reparti aziendali.	Tutti i clinici di AOUTS utilizzano le procedure di refertazione clinica oggi in uso.

Attuazione al 31.12.2011

La struttura di Telefonia e Informatica di AOUTS fornisce agli operatori il supporto necessario per usare gli strumenti informatici esistenti nella gestione dell'attività clinica.

Pertanto è garantito il mantenimento degli strumenti informatici e atteso che tutti i clinici utilizzano le procedure di refertazione clinica oggi in uso.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.10 – PACS

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
1. Integrare il PACS aziendale con il PACS regionale, ove disponibile	1. Il PACS aziendale è integrato con il PACS regionale entro 3 mesi dalla messa a regime del PACS regionale.
2. "Virtualizzare" i server applicativi e dei servizi accessori del PACS centrale aziendale	2. Entro il 31.12.2011 i server degli applicativi e dei servizi accessori del PACS centrale aziendale sono virtualizzati.

Attuazione al 31.12.2011

1. Il PACS regionale non è ancora entrato in funzione su tutto il territorio regionale: la fase di implementazione non è ancora conclusa.
2. I server del PACS di AOUTS sono stati consolidati nel sistema di virtualizzazione aziendale e gli ormai obsoleti server fisici del PACS centrale sono stati spenti, ottenendo un immediato abbattimento dei disservizi ai reparti per fermo macchina.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.5.17 – Sistema informativo del personale

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipare fattivamente al rinnovo del sistema del personale.	Partecipazione alle azioni propedeutiche previste dal programma regionale.

Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo e' stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Linea n. 4.2 – Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili ed impiantistici	**Risultato atteso:** Tutti i progetti edili ed impiantistici che prevedono lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva la motivazione sanitaria delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione /utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso del 2011 AOUTS ha predisposto un indice standard di relazione illustrativa sanitaria e gestionale da corredare ai progetti edili ed impiantistici in questione. Con prot. n. 764 del 22.12.2011 AOUTS ha inviato alla Direzione regionale competente il progetto relativo alla "Realizzazione della nuova Farmacia al 5° livello dell'Ospedale di Cattinara" per il rilascio del parere di competenza. Detto progetto, che prevede la riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti è debitamente corredato da una relazione illustrativa sanitaria e gestionale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA
AOU OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2005		Piano 2006		Piano 2007		Piano 2008	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	13.948,4	%	13.235,0	%	14.004,0	%	8.360,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	360,0	4,3%
Progettazione conclusa	-	0,0%	-	0,0%	3.700,0	26,4%	1.387,0	16,6%
Cantiere in corso	2.244,0	16,1%	3.740,0	28,3%	150,0	1,1%	5.262,5	62,9%
Opera conclusa	11.704,0	83,9%	9.495,0	71,7%	10.154,0	72,5%	1.350,5	16,2%
Totale	13.948,0	100,0%	13.235,0	100,0%	14.004,0	100,0%	8.360,0	100,0%

	Piano 2009		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	7.492,4	%	6.053,4	%	2.650,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	802,8	13,3%	1.029,6	38,9%
Progettazione conclusa	381,7	5,1%	1.112,9	18,4%	278,1	10,5%
Cantiere in corso	374,7	5,0%	2.829,4	46,7%	1.007,0	38,0%
Opera conclusa	6.736,0	89,9%	1.308,3	21,6%	335,3	12,7%
Totale	7.492,4	100,0%	6.053,4	100,0%	2.650,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					30.12.2010	31.12.2011
Ospedale Maggiore: II fase - Ristrutturazione emilato sud via Slataper ed emilato ovest piazza Ospedale, nuovo Poletto tecnologico e opere di completamento	art. 20 L 67/88	55.198,5	ott 2006	ago 2012	61%	70%
Ospedale di Cattinara - Interventi di ristrutturazione della piastra *(in accordo con lo studio di fattibilità di riordino della rete ospedaliera triestina)* *importo complessivo pari a 10 milioni di euro*	2007	3.700,0	giu 2011	ott 2012	0%	0%
		4.450,0	mar 2009	giu 2010	100%	100%
		1.850,0	feb 2008	lug 2009	100%	100%
Riordino della rete ospedaliera triestina - Comprensorio di Cattinara: nuova sede IRCCS Burlo, edificio servizi, sistemazioni esterne etc.(1^ quota annuale per realizzazione in PF) Ospedale di Cattinara - Interventi di ristrutturazione torri degenza (in accordo con lo SDF di RROT): ristrutturazione UTA e impianti di climatizzazione torri degenza	2008	3.975,0	lug 2009	mag 2012	24%	70%
Riordino della rete ospedaliera triestina - Comprensorio di Cattinara - Opere propedeutiche all'avvio dei lavori di realizzazione della nuova Medicina Nucleare a Cattinara		1.109,0	ott 2012	ott 2013	0%	0%
Riordino della rete ospedaliera triestina - Comprensorio di Cattinara - Opere propedeutiche all'avvio dei lavori di realizzazione della nuova Medicina Nucleare a Cattinara		278,0	ott 2012	set 2013	0%	0%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	2.644,0	2.644,0	2.644,0	*100%*
2007	1.114,0	1.086,0	1.104,0	*99%*
2008	1.026,0	543,0	550,0	*54%*
2009	15.165,6	13.499,0	13.650,0	*90%*
2010	5.539,1	1.835,0	4.387,0	*79%*
2011	2.965,0	-	1.086,4	*37%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	7.229,0		2.461,0	
2007	2.481,0	1.734,0	2.808,0	169,0
2008	33,0		5.106,0	

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
2.017,32	4,38

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Varie attrezzature tecnico-economali	varie	2007	830,0	830,0	in corso	concluso
Rinnovo sistema posta elettronica	varie	2009	250,0	-	non avviato	convertito
Software sale integrate	SSOO Cattinara	2009	2.500,0	-	in corso	in corso
Attrezzaggio per Blocco Operatorio di Cattinara (B)	Complesso operatorio	2010	1.530,0	1.530,0	in corso	concluso
Acquisti per progetto regionale PACS (C)	varie	2010	400,0	-	non avviato	in corso
PACS AOUTS: monitor, stazioni, interfacciamento nuove modalità	varie	2010	120,0	120,0	non avviato	concluso
Stazioni di lavoro informatiche	varie	2010	120,0	120,0	non avviato	concluso
Infrastruttura informatica: aggiornamento	varie	2010	100,0	-	in corso	in corso
Completamento attrezzaggi sterilizzazione	sterilizzazione	2010	465,0	465,0	in corso	concluso
Attrezzaggi/arredi emilato nord quadrilatero)	Oncologia + 2° Medica	2010	450,0	400,0	in corso	in corso
Frighi, emoteche, frighi farmaci	varie	2010	100,0	100,0	in corso	concluso
Arredi sanitari (poltrone varie)	varie	2010	100,0	100,0	in corso	concluso
Ecocardiografo	Cardiologia	2011	240,0	174,0	-	concluso
Ecografi	Radio OC/OM	2011	260,0	205,0	-	concluso
Navigatore chirurgico	Cl. Otorino	2011	110,0	110,0	-	concluso
Colonne endoscopiche	SS.OO OC	2011	150,0	112,0	-	concluso
Stazioni di lavoro		2011	200,0	30,0	-	in corso
Apparati attivi di rete e software di gestione		2011	200,0	-	-	non avviato
Arredi non sanitari (rinnovo / integrazione)		2011	150,0	62,4	-	in corso

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo di Area Vasta: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di Area Vasta)	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizioni delle Linee di Gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31/12/2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, nella seduta di data 27-4-2011, ha definito i Progetti delle funzioni coordinate di Area Vasta contenenti i relativi piani attuativi. I progetti sono stati trasmessi alla DCSISSePS con nota prot. n° 36084/A del 04/05/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo di Area Vasta: Miglioramento dell'efficienza del sistema	**Risultato atteso:** Presentazione entro il 31.12.2011 di un progetto di Area Vasta che preveda, ad esempio, esternalizzazione, utilizzo DSC, centralizzazione in area vasta ecc. avente ad oggetto le funzioni amministrative e di supporto alla Direzione Strategica, dal quale emerga a parità di funzioni svolte, una progressiva riduzione dei costi che a regime non deve essere inferiore del 15% rispetto al modello organizzativo attuale. La valutazione viene effettuata nell'ambito di area vasta su tutti i fattori produttivi impiegati
Attuazione al 31/12/2011 La Conferenza di Area Vasta Udinese, in data 27-4-2011, ha definito il Piano di Riorganizzazione Gestionale che è stato trasmesso alla DCSISSePS con nota prot. n° 36084/A del 04/05/2011. Inoltre, sulla base di quanto indicato dalla Giunta con propria delibera n. 1720 del 23-9-2011 (modifiche al Patto tra Regione e Direttore generale), il Direttore generale dell'ASS4 in qualità di coordinatore delle Aziende di Area vasta Udinese, ha inviato la nota 97773/A del 31-12-2011 avente per oggetto: "DGR n. 597 del 8.04.2011 così come modificata dalla DGR n. 1720 del 23.09.2011. - Progetto di riordino delle funzioni amministrative e di supporto dell'Area Vasta Udinese".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	
Obiettivo di Area Vasta: Definizione del Piano di produzione dell'Area Vasta udinese per l'anno 2011	**Risultato atteso:** Evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla DGR 288/2007 per singola Azienda e per Area Vasta. È disponibile sui siti aziendali il monitoraggio periodico dei tempi d'attesa di Area Vasta.

	(L'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta. Fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010).

Attuazione al 31/12/2011

1. Sono state regolarmente effettuate le rilevazioni regionali nelle giornate indice di aprile, luglio, ottobre 2011 e gennaio 2012. Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2011, per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi. In occasione dei monitoraggi trimestrali, è stato elaborato un breve resoconto di AVUD con evidenza delle prestazioni con tempi tendenzialmente critici e/o con numerosi pazienti in attesa allo scopo di rappresentare la situazione ai Direttori Sanitari dell'AVUD. In occasione della rilevazione regionale del mese di luglio, è stato predisposto un modello di report direzionale con il quale vengono rappresentate, per ogni prestazione tracciante, le seguenti informazioni:
   - n° di sedi in cui vengono erogate in AVUD secondo i PAL/PAO,
   - n° complessivo di utenti in attesa
   - n° sedi in cui vengono rispettati i tempi, comprese le classi di priorità, ove previste;
   - i volumi erogati dalle strutture pubbliche e private nel 2010,
   - la stima 2011 calcolata sull'erogato a maggio 2011;
   - il delta % gennaio-maggio 2010/gennaio-maggio 2011.

   Nella relazione contenuta del presente documento è data puntuale evidenza della produzione delle prestazioni previste dalla programmazione aziendale.
2. Sul sito aziendale sono stati pubblicati i monitoraggi dei tempi d'attesa di Area Vasta Udinese a partire dalla giornata indice di aprile 2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo di Area Vasta	**Risultato atteso:**
Garantire i tempi massimi di erogazione previsti per le prestazioni elencate nella DGR 288/2007.	- Sono rispettati i tempi di erogazione previsti - È garantita la refertazione dell'80% delle prestazioni di anatomia patologica entro 7 gg lavorativi.

Attuazione al 31/12/2011

Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2011, per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi.

La refertazione delle indagini istologiche entro 7gg (considerando il tempo da accettazione a 1 convalida e il dato complessivo aziendale) risulta assicurata Per quanto riguarda le indagini citologiche e i pap-test la refertazione entro i termini è assicurata in almeno una struttura aziendale.

Ai fini della valutazione dell'obiettivo si sottolinea alcune considerazioni:

- il dato è calcolato su 7 gg di calendario (compresi i festivi), in quanto il sistema informatico non permette il calcolo con il criterio richiesto dall'obiettivo e dalla L.R. (giorni lavorativi) ed è pertanto sottostimato. Questo aspetto è stato più volte fatto presente alla DCSISSePS.
- è importante considerare che i prelievi per esami di anatomia sono spesso effettuati in altre Aziende e il campione arriva in azienda anche 2/3 gg dopo il prelievo. Pertanto è necessario valutare il rispetto del tempo tra data accettazione e data 1 convalida.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Obiettivo di Area Vasta:	**Risultato atteso:**
Monitoraggio tempi di refertazione esami di	È effettuato il monitoraggio trimestrale operativo

laboratorio definiti	

Attuazione al 31/12/2011
Sono stati effettuati e pubblicati su intranet aziendale i monitoraggi trimestrali previsti.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.2 Semplificazione delle prescrizioni specialistiche

Obiettivo di Area Vasta:	**Risultato atteso:**
Applicare modalità condivise tra medici prescrittori e medici specialisti per semplificare le prescrizioni di prestazioni specialistiche.	Realizzazione del consensus sul documento relativo alla semplificazione delle prescrizioni specialistiche, predisposto nel 2010.

Attuazione al 31/12/2011
Il gruppo tecnico interaziendale che si occupa dei tempi d'attesa in Area Vasta ha redatto nel corso del 2010 una prima stesura del documento riguardo le modalità e la tempistica di prescrizione delle prestazioni specialistiche, come indicato dalla DGR n. 288/2007 e dalla L.R. n. 7/2009. Nel 2011 il documento è stato sottoposto all'attenzione delle Direzioni sanitarie aziendali ed è stato oggetto di un esame preliminare della Commissione per l'Integrazione Medicina Territorio/Medicina Ospedaliera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Udine.
Le Direzioni sanitarie dell'AVUD hanno identificato i professionisti per la partecipazione alla riunione di consenso sul documento, individuandoli tra Medici di Medicina generale, Medici specialisti e medici con ruoli di responsabilità nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.
Il giorno 23 marzo 2011 si è tenuta una riunione di consenso, con la partecipazione di professionisti delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Udinese, riguardo il documento sulla semplificazione delle prescrizioni specialistiche, che è stato successivamente adottato con decreto del Direttore generale n. 528 del 26.5.2011 "DGR n. 2384 del 25.11.2010 Linee per la gestione del SSR 2011: linea per la programmazione 3.4.1.2 "Semplificazione delle prescrizioni specialistiche". Adozione del documento "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni specialistiche", che è stata distribuita ai medici specialisti ospedalieri ed è pubblicata sul sito aziendale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.3 Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/ prenotazione/ gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale

Obiettivo di Area Vasta:	**Risultato atteso**:
Adeguare e uniformare le modalità operative per la prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nell'Area Vasta.	Ogni Azienda predispone un report che evidenzi gli esiti della verifica da trasmettere ai prescrittori .

Attuazione al 31/12/2011
Con delibera del DG 539 del 26.05.2011 è stato adottato il documento di Area Vasta Udinese "Sistema di accessibilità dei pazienti alle cure specialistiche in regime ambulatoriale", comprensivo del "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali", precedentemente presentato e sottoposto a valutazione in occasione di incontri di Area Vasta Udinese con i referenti CUP e Call Center, con i rappresentanti degli UDMG e degli erogatori privati. Nel mese di giugno 2011 sono stati organizzati incontri formativi/informativi sui contenuti del documento rivolti agli operatori degli sportelli CUP, delle segreterie di reparto delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese.
Completata la fase di adozione e diffusione dei documenti relativi al "Protocollo per uniformare le modalità e le procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali" ed al "Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni ambulatoriali", sono state organizzate e portate a termine due analisi campionarie con la raccolta di ricette presso tutte le strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese nelle seguenti giornate:
- 4 e 5 luglio per le prestazioni di visita cardiologica, visita neurologica, visita oculistica, ecografia addome,

EGDS e colonscopia;

- 29 agosto – 2 settembre per la prima visita e i controlli delle specialità oculistica, cardiologia e neurologia.

I risultati del primo campionamento (872 ricette campionate) sono stati elaborati e commentati nel documento "Verifica in Area Vasta delle prescrizioni per alcune prestazioni specialistiche prioritarizzate", presentato ai Direttori sanitari dell'Area Vasta Udinese e con un incontro ai Direttori delle strutture aziendali (ottobre 2011); durante quest'ultimo incontro sono stati illustrati anche i primi dati di confronto con il 2° campionamento (1891 ricette esaminate).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.4 Prescrizione elettronica e prenotazione on-line
Vedi Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica

Linea n. 3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
Obiettivo di Area Vasta: Individuare la procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti".	**Risultato atteso:** Le Aziende applicano la procedura sul "mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti" entro il 15 aprile per la visita cardiologica e per le ecografie addominali.

Attuazione al 31/12/2011

Con delibera del DG n. 56 del 08/02/11 "Art. 12 L.R. 7 del 26.03.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei Tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale": modifica dei tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità P (programmata) per le prestazioni di visita cardiologica ed ecografia addominale" la Direzione dell'A.S.S. 4, azienda capofila dell'AVUD, ha dato disposizione alle strutture pubbliche e private accreditate di modificare il tempo massimo d'attesa delle prenotazioni in classe P per le prestazioni individuate dalle Linee di Gestione del SSR 2012 (visita cardiologica ed ecografia addominale).

E' stata quindi predisposta una procedura di AV, da attivare in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti, il cui percorso di definizione ha coinvolto gli uffici interessati per gli aspetti burocratico-amministrativi e contabili (Politiche del Territorio, Gestione Economico-finanziaria, direzione CUP, URP).

Si è preventivamente dato seguito alla visualizzazione "allargata" in tutta l'Area Vasta Udinese delle agende di prenotazione per le due prestazioni individuate dalla procedura.

La procedura, adottata con delibera n. 175 del 06/04/11 "L.R. 7 del 26.03.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei Tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale", art. 12 "Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni": adozione della "Procedura per mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi garantiti in Area Vasta Udinese", ha validità per tutta l'Area Vasta Udinese e viene attivata dal personale degli sportelli CUP qualora non sia possibile garantire in alcuna sede dell'Area Vasta Udinese i tempi massimi d'attesa per le prestazioni di visita cardiologia ed ecografia addominale, prescritte con priorità B (10 gg) e P (120 gg). La delibera è stata distribuita alle strutture private accreditate, alle strutture aziendali, ai MMG/PLS. Gli operatori degli sportelli CUP delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese sono stati formati sulla nuova procedura in occasione di incontri nel mese di giugno (vedasi linea 3.4.1.3).

Il documento è disponibile per la consultazione sul sito aziendale.

Nel corso del 2011 non è stato necessario ricorrere alla procedura.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.6 Libera professione	
Obiettivo di Area Vasta: Definizione e verifica del rapporto tra attività istituzionale e libera professione ed aggiornamento dei regolamenti aziendali della libera professione.	**Risultato atteso:** - Presso le Aziende sono disponibili i regolamenti aggiornati riguardo la libera professione intramuraria - Valore obiettivo 2011 del rapporto attività intramuraria/attività istituzionale < 2%.

Attuazione al 31/12/2011

Dal 2008 è in dotazione dell'AOUUD il regolamento riguardo la libera professione intramuraria.

Il rapporto attività intramuraria/attività istituzionale viene monitorato periodicamente e si è attestato entro i limiti previsti dal Risultato atteso.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.7 Criteri di priorità	
Obiettivo di Area Vasta: Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità di Area Vasta.	**Risultato atteso:** - Adeguamento delle agende di prenotazione per la visita di chirurgia vascolare e la visita pneumologica. - Definizione dei criteri di priorità per le nuove prestazioni individuate. - Realizzazione dell'iniziativa di consensus per la definizione dei criteri di priorità per la visita di chirurgia vertebro-midollare.

Attuazione al 31/12/2011

- I criteri di priorità per la visita di chirurgia vascolare e pneumologica, già adottati nel 2010, sono stati applicati alle agende di prenotazione dell'Area Vasta Udinese a partire dal mese di luglio 2011 e ne è stata data comunicazione ai medici ospedalieri con nota n. 24802 del 15.4.2011.
- Il documento relativo ai criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare è stato sottoposto in data 16 giugno 2011 all'approvazione da parte degli specialisti interessati (neurologi, ortopedici e fisiatri) e ai rappresentanti dei MMG/PLS, in occasione di una specifica conferenza di consenso di Area Vasta. Con decreto del DG n. 973 del 5/10/11 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi d'attesa per l'Area Vasta udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare", i criteri di accesso sono stati formalmente adottati.

  Con decreto del DG n. 972 del 5/10/11 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi d'attesa per l'Area Vasta udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla densitometria ossea" sono stati adottati i criteri di accesso alla densitometria ossea, approvati nel corso di una specifica riunione di consenso di Area Vasta (22/06/2011), alla quale hanno preso parte gli specialisti interessati (oncologi, ginecologi, reumatologi, ortopedici e fisiatri) e i rappresentanti dei MMG/PLS.

  Entrambe le delibere sopra citate sono state pubblicate per la consultazione sul sito aziendale ed è stata data comunicazione alle strutture aziendali.

  Nel corso del 2011 è stato nominato un gruppo di lavoro interprofessionale ed interaziendale che ha visto la partecipazione di neurologi, ortopedici, diabetologi, fisiatri e MMG, con il compito di predisporre una prima stesura di criteri di priorità clinica per l'accesso all'elettromiografia. In seguito all'approvazione da parte degli specialisti interessati e dei rappresentanti dei MMG in una specifica riunione di consenso (09/11/11), i criteri sono stati adottati con decreto del DG n. 1194 del 16/12/11 "Adozione documento "Programmazione 2011 Contenimento dei tempi d'attesa Area Vasta Udinese. Criteri di priorità per l'accesso all'elettromiografia semplice (EMG)".

Nel 2011 si è concluso il percorso relativo all'accesso alla RM della colonna vertebrale con la definizione dei criteri per le patologie osteoarticolari, che integrano quelli approvati precedentemente per la RM dell'encefalo, tronco encefalico e patologie endocanalari della colonna vertebrale. Gli specialisti interessati (neurologi, neurochirurghi, fisiatri, ortopedici, oncologi) e rappresentanti dei MMG, invitati alla conferenza di consenso di Area Vasta (18/10/2011), hanno discusso i criteri e proposto modifiche/integrazioni al documento. Con decreto del DG n. 1227 del 28/12/11 "Adozione documento "Piano di contenimento dei tempi tempi d'attesa per l'Area Vasta Udinese. Anno 2011. Criteri di priorità per l'accesso alla Risonanza Magnetica dell'encefalo, del tronco encefalico e colonna vertebrale"sono stati formalmente approvati i criteri di accesso alla RM in oggetto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo di Area Vasta: Implementare il numero di prestazioni prenotabili secondo criteri di priorità regionali.	**Risultato atteso:** Progressivo adeguamento del sistema di prenotazione per le prestazioni prioritarizzate dal livello regionale

Attuazione al 31/12/2011

Le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Udinese, attraverso la designazione di professionisti, hanno partecipato al tavolo tecnico regionale per la definizione dei criteri di priorità dell'endoscopia digestiva (vedasi comunicazione del Direttore Generale dell'ASS 4, azienda capofila dell'AVUD prot. 41765/A del 24/05/2011). Non risultano prestazioni prioritarizzate nel 2011 dal livello regionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Prevenzione

Linea n. 3.4.2.9 Programmi di screening	
Obiettivo aziendale: Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice uterina per il report annuale.	**Risultato atteso:** Revisione del 95% della casistica assegnata.
Attuazione al 31/12/2011 Il valore 2011 si attesta al 100%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Screening dei tumori della mammella: Consolidamento attività e completezza del ritorno informativo.	**Risultato atteso:** - Prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 clinico o in APSYS con esito codificato >=95% - Donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello >= 90%.
Attuazione al 31/12/2011 - Prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 clinico o in APSYS con esito codificato = 99%; - Donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello =96%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Screening tumori del colon-retto: Consolidamento attività e completezza del ritorno informativo.	**Risultato atteso:** Colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati >=95%.
Attuazione al 31/12/2011 Il valore 2011 si attesta al 100%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo di Area Vasta: Migliorare la comunicazione alla popolazione sul tema della prevenzione secondaria oncologica.	**Risultato atteso:** Il programma è attuato a livello di Area Vasta.
Attuazione al 31/12/2011 Attività sospesa in ambito di Area Vasta in quanto oggetto di iniziativa regionale, come discusso negli incontri del gruppo regionale della Prevenzione. L'Azienda ha comunque partecipato alle iniziative regionali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Assistenza sanitaria

Linea n. 3.4.3.1. Accreditamento	
Obiettivo di Area Vasta: Completamento delle procedure di accreditamento secondo il programma 2010.	**Risultato atteso:** 1. Individuato un referente aziendale per l'accreditamento entro il 31.1.2011. 2. Le Aziende, salva la disponibilità individuale, si impegnano a mettere a disposizione i professionisti.
Attuazione al 31/12/2011 1. Il referente aziendale per le procedure di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie è stato individuato e formalmente comunicato alla DCSISSePS in data 17/01/2011 (prot. n. 2854). 2. L'indicatore è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo Aziendale: Mantenimento accreditamento JCI.	**Risultato atteso:** Mantenimento degli standard JCI.
Attuazione al 31/12/2011 Gli standard JCI vengono costantemente monitorati ai fini del mantenimento degli stessi, anche attraverso il budget aziendale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.2. Farmaceutica	
Obiettivo aziendale: Monitorare l'uso dei farmaci oncologici.	**Risultato atteso:** 1. L'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individuerà formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla DCSISSePS con nota n. 18104/SPS/farm del 11.10.2010. 2. Oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovranno essere riportate almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali.
Attuazione al 31/12/2011: L'Azienda ha attivato i percorsi per la registrazione tempestiva delle prescrizioni su portale AIFA; la prescrizione sono registrate al 100%. L'azienda ha inoltre attivato le procedure per il recupero dei rimborsi secondo AIFA. Sulla cartella oncologica le informazioni essenziali sono state riportate nel 97% dei pazienti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Mantenimento e miglioramento dell'attività di distribuzione diretta.	**Risultato atteso:** L'Azienda dà massimo sviluppo all'attività di distribuzione diretta e primo ciclo, secondo accordi da definirsi con le Aziende per i Servizi Sanitari.
Attuazione al 31/12/2011 L'azienda ha esteso l'attività di distribuzione del primo ciclo alle strutture: Pneumologia, Post acuti, Medicina d'Urgenza. L'importo economico (in costo acquisto) dei farmaci distribuiti al 31.12.2011 è stata di 1.638.600€ rispetto a 848.850€ nel 2010.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.3. Sicurezza e governo clinico	
Obiettivo aziendale: Mantenere gli standard minimi regionali di qualità e sicurezza.	**Risultato atteso:** - Il documento consuntivo sui risultati 2010 è inviato alla DCSISSePS entro il 30.3.2011. - I piani di miglioramento degli indicatori che non raggiungono lo standard minimo regionale sono disposti entro 1 mese dalla definizione degli standard stessi da parte della DCSISSePS. - Il documento consuntivo sul raggiungimento degli obiettivi di miglioramento 2011 è inviato alla DCSISSePS entro il 30.11.2011.
Attuazione al 31/12/2011 Il report 2010 del programma sul rischio clinico è stato inviato alla DCSISSePS, anticipandolo via email, con nota prot. n. 24979 del 15.4.2011. Il programma sugli standard di qualità e sicurezza è stato condiviso a livello regionale nell'ambito del gruppo di lavoro ufficialmente costituito. Il documento consuntivo sul raggiungimento degli obiettivi di miglioramento 2011 è stato inviato alla DCSISSePS con nota prot. 71778 del 29.11.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.4. Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale: Messa a regime del sistema informativo di prescrizione elettronica dei dispositivi.	**Risultato atteso:** Avvio utilizzo della procedura informatizzata da parte dei prescrittori nel 70% delle prescrizioni.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.3.5. Cure palliative	
Obiettivo aziendale: Corretta valutazione del dolore.	**Risultato atteso:** - Percentuale di cartelle con valutazione del dolore: > 95% - Percentuale di cartelle con valutazione del dolore positiva con prescrizione di terapia antalgica: > 95% - Percentuale di cartelle con valutazione del dolore positiva con rivalutazione del dolore: >95%.
Attuazione al 31/12/2011 L'azienda si attesta sui seguenti valori: - percentuale di cartelle con valutazione del dolore: 95% - percentuale di cartelle con valutazione del dolore positiva con prescrizione di terapia antalgica: 100% - percentuale di cartelle con valutazione del dolore positiva con rivalutazione del dolore: 95%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Obiettivo di Area Vasta: Formare il personale in tema cure palliative e terapia del dolore.	**Risultato atteso:** È effettuato un evento formativo integrato di Area Vasta sulla terapia antalgica e cure palliative
Attuazione al 31/12/2011 Sono state effettuate n. 3 edizioni del corso residenziale aperto ad Area vasta "La gestione del dolore tra Ospedale e Territorio", che ha visto la partecipazione di 100 operatori.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7. Trapianti e attività CRT – Programmazione aziendale	
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acuta.	**Risultato atteso:** - Sono registrati tutti i decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione; - % accertamenti di morte con criteri neurologici su totale >80%; - N. accertamenti di morte/n. decessi per lesione cerebrale acuta >20%.
Attuazione al 31/12/2011 Sono registrati tutti i decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione. La percentuale di accertamenti di morte con criteri neurologici su totale si è attestata su 87% La percentuale di accertamenti di morte su decessi per lesione cerebrale acuta è stata del 37%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Incremento nell'attività di procurement di tessuti.	**Risultato atteso:** - N. cornee prelevate/numero decessi in Ospedale: > 2,5%.
Attuazione al 31/12/2011 Il rapporto tra cornee prelevate e decessi si attesta sul 7%	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Sicurezza del processo donazione-trapianto.	**Risultato atteso:** Attivazione del percorso di monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting con la nuova modulistica regionale. Attivazione di almeno due audit dei processi di donazione-trapianto (numero audit/segnalazioni).
Attuazione al 31/12/2011 È attivo il monitoraggio delle segnalazioni: dall'1.1.2011 al 31.12.2011 sono state registrate 12 segnalazioni di non conformità a livello aziendale. Sono stati effettuati due audit nei giorni 28.2 e 15.4 presso il CRT.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7. Trapianti e attività CRT - Programmazione del Centro Regionale Trapianti	
Obiettivo Centro Regionale Trapianti: Consolidare l'operatività della Rete Regionale Trapianti H 24.	**Risultato atteso:** Messa in sicurezza della Rete Regionale Trapianti garantendo la funzionalità del CRT nelle 24 ore.
Attuazione al 31/12/2011 Reperibilità h24 attiva con programmazione mensile.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Obiettivo Centro Regionale Trapianti: Incremento nell'attività di procurement di tessuti e organi.	**Risultato atteso:** Evidenza nel report semestrale di: - progetti aziendali di incremento di procurement di cornee; - andamento del procurement di tessuti e organi; - andamento del procurement da vivente.
Attuazione al 31/12/2011 Il report annuale, predisposto ed inviato alla DCSISSePS via email in 13.3.2012 prot. n. 77/CRT/12, contiene i progetti aziendali di incremento di procurement di cornee, l'andamento del procurement di tessuti e organi e l'andamento del procurement da vivente.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acuta.	**Risultato atteso:** Evidenza nel report semestrale: - dei decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione; - degli accertamenti di morte con criteri neurologici; - accertamenti di morte/n. decessi per lesione cerebrale acuta.
Attuazione al 31/12/2011 Il report annuale, predisposto ed inviato alla DCSISSePS via email in 13.3.2012 prot. n. 77/CRT/12, contiene i decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione, gli accertamenti di morte con criteri neurologici e gli accertamenti di morte sui decessi per lesione cerebrale acuta.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo Centro Regionale Trapianti: Sicurezza del processo donazione-trapianto.	**Risultato atteso:** - Evidenza nel report semestrale delle segnalazioni di incident reporting. - Effettuati due audit dei processi di donazione/trapianto.
Attuazione al 31/12/2011 È attivo il monitoraggio delle segnalazioni: dall'1.1.2011 al 31.12.2011 sono state registrate n. 18 segnalazioni di non conformità a livello regionale. Sono stati fatti 3 audit (1 presso l' AOR Pordenone, 2 presso l'AOU SMM UD).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo Centro Regionale Trapianti: Procurement di organi e tessuti: formazione.	**Risultato atteso:** Realizzata attività formativa a livello regionale e/o di Area Vasta.
Attuazione al 31/12/2011 Svolta attività formativa a livello regionale evidenziata nel report annuale predisposto ed inviato alla DCSISSePS via email in 13.3.2012 prot. n. 77/CRT/12.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.8. Piano sangue regionale	
Obiettivo aziendale: Mantenimento dell'autosufficienza regionale in sangue, plasma ed emoderivati.	**Risultato atteso:** - Uscite con il mezzo mobile pari almeno al 2010. - Raccolta sangue ed emocomponenti e invio di plasma alla lavorazione industriale con valori almeno uguali a quanto raccolto nel 2010.

Attuazione al 31/12/2011 Le uscite con il mezzo mobile effettuate sono 242 uscite (contro le 190 del 2010). La raccolta di sangue ed emocomponenti e invio di plasma alla lavorazione industriale si attesta su un valore pari a 14.558 litri (incremento del 2,5 % rispetto al 2010).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale.	**Risultato atteso:** - Sono inviati al COBUS report trimestrali di verifica di appropriatezza. - Sono predisposti report trimestrali di rilevazione eventi avversi.
Attuazione al 31/12/2011 I report sono inviati regolarmente al COBUS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Incremento donatori di cellule staminali.	**Risultato atteso:** Elaborare con l'A.O.U. di Trieste un programma di incremento, in accordo con le Associazioni di volontariato.
Attuazione al 31/12/2011 Il 24 settembre 2011 è stata organizzata una giornata di sensibilizzazione alla Donazione di Midollo Osseo, per reclutare nuovi iscritti al Registro IBMDR, giovani e giovanissimi. L'evento ha visto la partecipazione dei sanitari del Registro UD01 supportati dai volontari ADMO e dai Clown-vip, che fanno volontariato nelle strutture ospedaliere.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Contribuire all'attuazione delle politiche regionali sulla funzione regionale	**Risultato atteso:** Partecipare alla stesura dello studio di fattibilità per la definizione di un unico centro regionale per la produzione di emocomponenti
Attuazione al 31/12/2011 L'Azienda ha provveduto a inserire nella proposta di atto aziendale presentata alla DCSISSePS la trasformazione della "SOC Medicina Trasfusionale di Palmanova" in "SOC Centro unico di Produzione emocomponenti" e ad elaborare il documento "Studio di fattibilità e di impatto per la costituzione del Centro Unico di Produzione emocomponenti" trasmesso alla DCSISSePS con nota n. 62049 del 14.10.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Integrazione socio-sanitaria

Linea n. 3.4.4.1. Il paziente con malattie cronico-degenerative - continuità assistenziale	
Obiettivo di Area Vasta: Analizzare per Area Vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale.	**Risultato atteso:** Entro il 30.6.2011 è trasmesso alla DCSISSePS il documento di analisi e di proposte sostenibili.

Attuazione al 31/12/2011

È stato elaborato il "Documento di analisi e proposte sostenibili condiviso nell'Area vasta udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico-degenerative" (trasmesso dall'ASS 4, azienda capofila dell'Area vasta con nota prot. 0052233/A dd. 30.6.2011), comprendente anche la definizione dei parametri e del flusso di rilevazione del livello di umanizzazione.

Con nota n. 97771/1 del 31.12.2011 l'ASS4, azienda capofila dell'Area vasta, ha trasmesso alla DCSISSePS il "documento sullo stato di avanzamento e realizzazione delle soluzioni proposte rispetto alla progettualità dell'Area Vasta Udinese per la continuità assistenziale del paziente con malattie cronico degenerative.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2. Riabilitazione

Obiettivo di Area Vasta:	**Risultato atteso:**
Predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione dei Dipartimenti di Riabilitazione in ogni Area Vasta per garantire presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio.	1) Entro il 30.9.2011 è trasmesso alla DCSISSePS il documento sulla strutturazione dei Dipartimenti di Riabilitazione di Area Vasta.
Definire l'organizzazione delle attività Hub e Spoke per l' alta specialità riabilitativa tra l'IMFR di Udine e i Dipartimenti di Riabilitazione di Area Vasta.	2) Il documento sull'organizzazione delle attività Hub e Spoke per l'alta specialità riabilitativa è trasmesso alla DCSISPS.
Definire in Area Vasta l'offerta riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.	3) Sono predisposti e trasmessi alla DCSISSePS report di analisi sul numero di pazienti e di prestazioni erogate nell'ambito dell'attività riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica).

Attuazione al 31/12/2011

1) e 2) Con nota 73563/A del 29/09/2011 le Aziende dell'Area Vasta avevano segnalato la mancata trasmissione da parte della DCSISSePS delle necessarie e preliminari indicazioni sulla strutturazione dei Dipartimenti di Riabilitazione di Area Vasta e sull'organizzazione delle attività Hub e Spoke per l'alta specialità riabilitativa. La situazione è stata poi richiamata dalla nota del 21-10-2011 prot. 80163/A. Non essendo pervenute tali indicazioni gli obiettivi devono ritenersi annullati.

3) Sono stati trasmessi alla DCSISSePS i report di analisi quadrimestrale sul numero di pazienti e di prestazioni erogate rispetto all'attività riabilitativa cardiologica e pneumologica ad orientamento specialistico raccordata con l'attività degli ospedali del territorio:
   1° quadrimestre 2011, nota prot. 67954/C dd 08/09/2011 dell'ASS4, azienda capofila dell'AVUD
   2° quadrimestre 2011, nota prot. 91752/C dd 02/12/2011 dell'ASS4, azienda capofila dell'AVUD
   3° quadrimestre 2011, nota prot. 33037/C dd. 23/04/2012 dell'ASS4, azienda capofila dell'AVUD.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: Il 1) e il 2) risultato atteso è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.

Linea n. 3.4.4.4. Salute Mentale

Obiettivo di Area Vasta:	**Risultato atteso:**
Consolidare la rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare.	Integrazione dei servizi esistenti in un sistema organico e coerente, funzionalmente unitario, con ridefinizione dei percorsi di cura e riabilitazione, dei ruoli e delle competenze, dei livelli di responsabilità dei diversi attori. Miglioramento dei percorsi di cura e riabilitazione dei DCA con rilevazioni epidemiologiche e monitoraggio

	dei percorsi e degli esiti. Partecipazione a pianificazione regionale. Rapporti con associazioni e stake holders.
Attuazione al 31/12/2011 L'Azienda ha partecipato, quando richiesto, alle iniziative regionali. L'Azienda ha organizzato ed effettuato otto incontri dei Servizi regionali responsabili per la gestione dei DCA.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.5. Materno Infantile	
Obiettivo di Area Vasta: Definire in Area Vasta un protocollo per la gestione integrata di patologie neuromuscolari ereditarie, con particolare riguardo al periodo di transizione tra età infantile ed età adulta al fine di garantire una presa in carico continuativa dei malati.	**Risultato atteso:** Il protocollo è definito e valicato.
Attuazione al 31/12/2011 E' stato definito il percorso diagnostico assistenziale delle Malattie Neuromuscolari in età pediatrica, condiviso con i professionisti dell'AVUD, nell'ambito del progetto più complessivo di attivazione della rete assistenziale per le malattie neuromuscolari dell'AVUD.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo: Stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	**Risultato atteso:** Partecipazione al 100% delle attività avviate dalla DCSISSePS.
Attuazione al 31/12/2011 L'Azienda ha partecipato alle iniziative regionali, quando richiesto.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo: Avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	**Risultato atteso:** Partecipazione al 100% al programma regionale.
Attuazione al 31/12/2011 L'Azienda ha partecipato al 100% al programma regionale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Sistema informativo

Linea n. 3.4.5.1. Prescrizione elettronica	
Obiettivo di Area Vasta: Prosecuzione diffusione della prescrizione elettronica.	**Risultato atteso:** Diffusione della prescrizione elettronica ad almeno il 20% delle strutture aziendali dal 1 giugno 2011.
Attuazione al 31/12/2011 Il sistema di prescrizione elettronica è stato introdotto presso 12 strutture aziendali. Tale fase ha rilevato però numerose criticità legate alla mancanza di inquadramento normativo regionale (validità medico-legale della ricetta, ambito di spendibilità della ricetta, modalità di conservazione del documento, modalità di restituzione dei referti) e a dei limiti tecnici (impossibilità di effettuare la prenotazione direttamente dal prescrittore, restituzione del referto direttamente al prescrittore). Tali criticità rappresentano un ostacolo alla diffusione dello strumento, limitano l'accessibilità da parte dei cittadini, producono dei flussi	

informativi disallineati tra prescritto ed erogato. Queste criticità erano già state segnalata alla DCSISSePS con la nota n. 80163/A del 21.10.2011 dell'ASS4 (azienda capofila dell'AVUD).
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.2. Firma digitale	
Obiettivo aziendale: Consolidare l'utilizzo della firma digitale ai referti ambulatoriali.	**Risultato atteso:** Tutte le strutture firmano digitalmente i referti e le consulenza ambulatoriali.
Attuazione al 31/12/2011 L'utilizzo della firma digitale per i referti ambulatoriali è attivo in tutte le strutture aziendali, tranne nella SOC Istituto di Genetica Medica (struttura in cui la normativa privacy vincola la refertazione informatizzata).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Estendere l'utilizzo della firma digitale alla lettera di dimissione.	**Risultato atteso:** Disponibilità alla sperimentazione della funzionalità.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	
Obiettivo aziendale: Avviare l'utilizzo della firma digitale per gli atti amministrativi (decreti e determinazioni).	**Risultato atteso:** Gli atti amministrativi (decreti e determinazioni) sono firmati digitalmente.
Attuazione al 31/12/2011 Gli atti amministrativi (decreti e determinazioni) sono firmati digitalmente.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.3. Privacy	
Obiettivo aziendale: Consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario.	**Risultato atteso:** Disponibilità alla sperimentazione.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	
Obiettivo aziendale: Semplificare e uniformare la gestione degli utilizzatori dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell'accesso alle informazioni.	**Risultato atteso:** Disponibilità alla sperimentazione del nuovo applicativo secondo le indicazioni regionali previa verifica della rispondenza del sistema proposto alle esigenze e peculiarità organizzative dell'A.O.U. S. Maria della Misericordia di Udine.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.9. Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso di sistemi informatici a tutti gli ambulatori ed a tutti i reparti.	**Risultato atteso:** Tutti gli ambulatori/reparti refertano utilizzando applicativi informatizzati, ad eccezione della SOC Genetica Medica.
Attuazione al 31/12/2011 Tutti gli ambulatori/reparti refertano utilizzando applicativi informatizzati, ad eccezione della SOC Istituto di Genetica Medica (struttura in cui la normativa privacy vincola la refertazione informatizzata).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.10 PACS	
Obiettivo aziendale: Attivazione del sistema PACS aziendale, in coerenza con il crono programma di progetto	**Risultato atteso:** Provvedere alla realizzazione delle precondizioni logistico/infrastrutturali ed impiantistiche In coerenza con il cronoprogramma del progetto regionale e per quanto di competenza, garantire ogni collaborazione al gruppo progetto DSC e ogni supporto necessario nella fase di installazione del sistema PACS aziendale e favorire le fasi di avvio e di messa a regime del sistema stesso.
Attuazione al 31/12/2011 L'ambiente per l'introduzione del PACS all'interno dell'AOUUD è stato predisposto. L'attivazione del sistema PACS è in linea con la pianificazione indicata dal coordinatore regionale del progetto.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.17 Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale: Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso:** Disponibilità al rinnovamento del nuovo applicativo secondo le indicazioni regionali, previa verifica della rispondenza del sistema proposto alle esigenze e peculiarità operative ed organizzative dell'A.O.U.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.18 Sistema di governo	
Obiettivo aziendale: Sistematica raccolta delle informazione utili ai fini della pianificazione e del controllo aziendali, attingendo ai dati presenti nel datawarehouse clinico-sanitario, mettendo questi in relazione con le risorse economiche, di struttura e di personale, creando i presupposti per una verifica puntuale degli obiettivi regionali, con un modello di rappresentazione predefinito	**Risultato atteso:** Disponibilità alla sperimentazione del nuovo applicativo secondo le indicazioni regionali

Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Programma delle attività centralizzate

Linea n. 3.4.6 Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamenti e logistica.	**Risultato atteso:** Entro tre mesi dall'attivazione del buffer di farmacia da parte di INSIEL, l'Azienda entra nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche, avendo preventivamente avviato in particolare l'applicativo "Magazzino di Reparto" in tutte le unità operative per le richieste di farmaci, beni sanitari e non sanitari.
Attuazione al 31/12/2011 L'Azienda ha segnalato alla DCSISSePS, con la nota n. 80163/A del 21.10.2011 dell'ASS4 azienda capofila dell'AVUD, che "il Buffer di farmacia per funzionare necessita della configurazione del programma "PSM", attività quest'ultima a carico di INSIEL e propedeutica all'ingresso nel magazzino unico. Ad ottobre il programma non risultava configurato per la nostra Azienda. Inoltre l'Azienda ha elaborato, tenendo conto della disponibilità di INSIEL, un cronoprogramma per l'attivazione del sistema del magazzino di reparto che prevede la conclusione della parametrizzazione del sistema nel 2011 e l'attivazione dello stesso nel primo bimestre 2012. L'Azienda pertanto concluderà le attività propedeutiche all'avvio previste dal cronoprogramma entro il 2011". La parametrizzazione si è regolarmente conclusa entro il 31.12.2011 secondo quanto definito dal cronoprogramma.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Il Programma degli investimenti

Linea n. 4.2 – Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili ed impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati da una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31/12/2011 Attività regolarmente svolta.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

LINEE PROGETTUALI

Linea – Approvvigionamenti	
Obiettivo aziendale: Effettuazione delle seguenti gare di particolare rilievo economico e sanitario: a) - set procedurali sala operatoria - ossigenoterapia domiciliare - servizio lavaggio biancheria - servizi trasporto sanitario - servizio telesoccorso - suturatrici meccaniche b) - materiale anestesia e rianimazione - specialità medicinali - servizio elisoccorso	**Risultato atteso:** a) Aggiudicazione entro l'anno delle gare elencate b) Pubblicazione del bando delle gare elencate
Attuazione al 31/12/2011 a) L'avanzamento delle gare è stato conforme a quanto previsto dall'indicatore: - Set procedurali sala operativa: decreto di aggiudicazione n. 1740 del 27/12/2011; - Ossigenoterapia domiciliare: decreto di aggiudicazione n. 1710 del 20/12/2011; - Servizio lavaggio biancheria: decreto di aggiudicazione n. 1204 del 12.09.2011 per le aziende Ass3, AOPN, Ass6 (per ASS1, ASS4, Burlo prevista altra tipologia di servizio - lavanolo - e AOUD ha fatto propria gara autonoma comprendente anche lavori); - Servizi trasporto sanitario: decreto di aggiudicazione n. 759 del 06.06.2011 AVTS e n. 867 del 24.06.2011 AVPN; AVUD procede per proprio conto mediante convenzione con associazione di volontariato; - Servizio telesoccorso: gara affidata dalla DCSISSePS per la parte concorsuale, mentre aggiudicazione a carico della DCSISSePS. Verbale provvisorio di aggiudicazione redatto in data 19/04/2011 e trasmesso a DCSISSePS con nota prot. 26484 del 21/04/2011 per l'adozione degli atti definitivi di loro competenza; - Suturatrici meccaniche: decreti di aggiudicazione n.1451 del 03.11. 2011 e n.1686 del 16/12/2011. b) L'avanzamento delle gare è stato conforme o superiore a quanto previsto dall'indicatore: - Specialità medicinali: decreto di aggiudicazione provvisoria n. 1743 del 23/12/2011 - Servizio elisoccorso: decreto di aggiudicazione n. 1712 del 20/12/2011 - Materiale anestesia e rianimazione: decreto di indizione gare n. 1323 del 06.10.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Programmazione delle gare centralizzate in relazione alle esigenze espresse dalle Aziende, all'evidenza del fabbisogno e alla dotazione delle risorse professionali.	**Risultato atteso:** Numero di gare aggiudicate non inferiore a 500.
Attuazione al 31/12/2011 Al 31/12/2011 sono state aggiudicate 513 gare. Ulteriori 56 gare sono state bandite e non ancora aggiudicate .	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea – Logistica	
Obiettivo aziendale: Estensione della gestione centralizzata del magazzino.	**Risultato atteso:** - Tutte le aziende dell'Area Vasta PN entrano nel

	magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche (obiettivo condizionato nei tempi di effettuazione dalla disponibilità delle risorse e degli applicativi INSIEL e dai processi organizzativi interni delle Aziende interessate). - Almeno 2 Aziende dell'AV Udinese devono entrare nel magazzino centralizzato (obiettivo condizionato nei tempi di effettuazione dalla disponibilità delle risorse e degli applicativi INSIEL e dai processi organizzativi interni delle Aziende interessate).

Attuazione al 31/12/2011

Tutte le Aziende dell'Area Vasta pordenonese sono entrate nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche previste dal progetto.

L'A.S.S. n. 4 "Medio Friuli" è entrata nel servizio dal 17 ottobre 2011, mentre per l' A.O.U U.D le attività propedeutiche sono iniziate a novembre con spostamento della data di ingresso a gennaio 2012.

In merito alle date previste nell'indicatore, per le quali le Aziende dell'Area vasta udinese hanno richiesto la modifica delle scadenze originarie, si precisa che:

- l'ASS n. 4 ha ritardato il suo ingresso, a causa sia delle verifiche preventive che ha deciso di effettuare da metà maggio a metà giugno (l'esito positivo ha determinato l'avvio delle attività propedeutiche con INSIEL nella seconda metà di giugno) e della sospensione delle attività in parte del mese di agosto, sia del prolungamento di attività a suo carico nel corso di settembre.
- l'AOU Ud ha comunicato al DSC con nota prot. n. 59304 dd. 03/10/2011 l'ingresso nel servizio nella seconda metà di gennaio 2012 con alcuni padiglioni e il completamento dell'ingresso nel servizio entro febbraio 2012.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Produzione e diffusione dell'anagrafica unica regionale dei beni economali, dei beni sanitari e dei farmaci e del catalogo comune.	Prosecuzione delle attività con applicazione della metodologia alle nuove aggiudicazioni nel corso del 2011.

Attuazione al 31/12/2011

Si sono prodotte 1.494 Anagrafiche Ente e 9.506 Anagrafiche Magazzino generiche secondo le modalità già definite nel progetto. Si è avviata l'adozione del sistema di anagrafiche da parte del DSC. Nella seconda parte del 2011, la DCSISSePS ha incaricato il personale DSC, già impegnato nel progetto dell'Anagrafica Unica Regionale, della gestione tecnico-operativa del Gruppo Regionale per l'attivazione dei flussi ministeriali sui consumi dei dispositivi medici (parte rilevante dei beni sanitari). E' risultato essenziale, per le finalità del "flusso ministeriale DM", che le Anagrafiche Magazzino siano "specifiche" (e cioè contengano anche marca, modello, codice prodotto) e non "generiche" e, pertanto, diverse dal modello già adottato nel progetto di "anagrafica unica". Pertanto il completamento delle anagrafiche è stato interrotto a fronte dell'urgenza espressa dalla DCSISSePS di adempiere all'obbligo informativo sui DM, reindirizzando le attività operative nella gestione delle attività sperimentali attuate nell'AOUTS, nel coordinamento e nel supporto tecnico/operativo alle Aziende del SSR e nella produzione delle Anagrafiche Magazzino "specifiche" (oltre 3000) complete anche del numero di iscrizione nella Banca Dati / Repertorio del Ministero.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea – Attività di ingegneria clinica	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Coordinamento regionale delle attività di acquisizione, gestione e manutenzione delle tecnologie biomediche delle Aziende del S.S.R. e delle tecnologie dei progetti di interesse regionale (118, piano sangue, etc…).	- Produzione coordinata dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi tecnologici . - Gara unificata per i servizi manutentivi della dotazione tecnologica in appalto.

Attuazione al 31/12/2011

- L'attività di coordinamento ha portato al completamento di documenti tecnici di gara unificata per le seguenti 12 tecnologie:

1. ecotomografi radiologici
2. ecotomografi cardiologici
3. monitor fetali
4. riuniti otorino
5. facoemulsificatori
6. mammografi digitali
7. TAC
8. colonne laparoscopiche/ginecologiche
9. tavoli telecomandati RX DR
10. centrifughe da banco e micro centrifughe
11. elettrobisturi
12. ecotomografi portatili carrellati

E' stato inoltre predisposto il documento tecnico per una gara aziendale per laser chirurgici.

- Per quanto riguarda la gara unificata per i servizi manutentivi della dotazione tecnologica in appalto, al 31.12 non sono ancora pervenute le comunicazioni definitive delle singole Aziende interessate in merito alla dotazione tecnologica da mettere sotto contratto e della dimensione economica del servizio; tali indicazioni aziendali, ripetutamente richieste per le vie brevi e tramite mail alle Aziende a partire dal mese di ottobre, sono indispensabili per predisporre la pubblicazione del bando di gara.

In relazione all'impostazione unificata dell'appalto e alla numerosità e complessità delle tecnologie da mettere sotto contratto sono emerse, in particolare nel corso del 3° trimestre, alcune criticità nel gruppo di lavoro interaziendale:

- sulla condivisione della definizione di livelli omogenei del servizio da appaltare
- sulla predisposizione degli elenchi di apparecchiature da mettere in gestione tecnico/manutentiva esternalizzata.

Il 28/09 si è tenuto l'ultimo e definitivo dialogo tecnico con le ditte interessate alla gara. Il 30.09.2011 è stata completata la predisposizione della documentazione tecnica di gara, a meno delle indicazioni aziendali tuttora carenti.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

NOTA: il secondo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne.

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Progetto PACS regionale.	Completamento dell'istallazione dei sistemi PACS nelle Aziende dell'area pordenonese, nelle ASS n. 3 e n.5, fatto salvo il rispetto dei tempi di allestimento dei locali da parte delle Aziende e la predisposizione degli applicativi e forniture da parte di INSIEL. Verifica delle predisposizioni aziendali a avvio dell'istallazione nell'AOU UD. Avvio dell'archiviazione centrale (livelli B e C del progetto) in dipendenza dell'avanzamento delle attività di competenza INSIEL.

Attuazione al 31/12/2011

Sono state completate le installazioni dei sistemi PACS locali nelle Aziende AOPN, CRO, ASS5, ASS3, AOUUD, ASS4 e ASS2.

È stato inoltre definito l'aggiornamento del cronoprogramma di progetto per le fasi di formazione aziendale, avvio operativo e collaudo, che è stato trasmesso a tutte le Aziende interessate.

La funzionalità di archiviazione centrale è avviata al momento su impianto tecnologico provvisorio in attesa della aggiudicazione della gara in corso da parte di INSIEL e del conseguente allestimento della modalità a regime di archiviazione a carico di INSIEL

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Supporto alla DCSPS per gli aspetti di programmazione delle tecnologie e degli investimenti	**Risultato atteso:** Fornitura del supporto nei tempi e secondo le modalità richieste dalla DCSISSePS.
Attuazione al 31/12/2011 Supporto fornito secondo le modalità e i tempi previsti dalla DCSISSePS in particolare su: - programma degli "investimenti" del Piano preventivo consolidato 2011, del Consuntivo 2010 e del Piano preventivo consolidato 2012 (fase pre negoziazioni) - definizione delle modalità di avvio del flusso informativo verso il Ministero sul consumo di dispositivi medici - censimento delle grandi apparecchiature - iniziative regionali nel settore degli ausili, secondo le modalità e i tempi previsti dalla DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Conduzione operativa delle convenzioni tra Regione e strutture centrali (Ministero Salute, AGENAS, ISS) e Regioni in tema di dispositivi medici.	**Risultato atteso:** Effettuazione delle attività convenzionate nei tempi e con le modalità previste dagli atti convenzionali e disposte dalle strutture centrali.
Attuazione al 31/12/2011 Le attività convenzionate si sono svolte regolarmente con le modalità e nei tempi previsti, con riferimento a: - conclusione delle attività delle convenzioni con Ministero della Salute 2010/2011 e avvio delle convenzioni 2011/2012 - convenzioni con l'Istituto Superiore di Sanità sul "Progetto RIAP" - convenzione "Supporto per gli acquisti di tecnologie sanitarie e monitoraggio prezzi" con l'AGENAS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea – Attività di call center	
Obiettivo aziendale: Esternalizzazione del servizio di prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie.	**Risultato atteso:** Avvio a regime dal II° semestre del servizio esternalizzato. *NB: la tempistica è condizionata in termini positivi o negativi dall'andamento della gara (contenziosi, etc..).*
Attuazione al 31/12/2011 La gara è stata regolarmente espletata ed aggiudicata con determina n. 373 dd. 24/03/2011 e il servizio di risposta telefonica è stato affidato in operatività al soggetto aggiudicatario e pertanto dallo stesso effettuato a partire dal 1 giugno.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea – Assicurazioni	
Obiettivo aziendale: Individuazione mediante gara del fornitore del servizio di consulenza e brokeraggio e prosecuzione della gestione centralizzata della responsabilità Rct/Rco.	**Risultato atteso:** Aggiudicazione della gara per l'individuazione del fornitore del servizio di consulenza e brokeraggio per la nuova polizza entro il febbraio 2011. *NB: la tempistica è condizionata in termini positivi o negativi dall'andamento della gara (contenziosi, etc..).*
Attuazione al 31/12/2011 La gara è stata aggiudicata nei termini temporali previsti.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea – Logistica degli screening oncologici	
Obiettivo aziendale: Avvio dell'attività di logistica degli screening oncologici.	**Risultato atteso:** Avvio dell'attività a regime entro il primo trimestre. *NB: compatibilmente con la disponibilità delle risorse e del personale necessario.*
Attuazione al 31/12/2011 Le attività sono state avviate dal mese di gennaio 2011. Il programma complessivo delle attività operative relative agli screening oncologici è stato predisposto a gennaio e condiviso con la competente DCSISSePS entro il primo trimestre. In particolare: a) per quanto riguarda lo screening mammografico si è provveduto: - ad organizzare n. 6 eventi formativi (dedicati ai medici che effettuano la refertazione); - a calendarizzare le date di permanenza delle Unità Mobili nelle varie località e in conformità al numero di donne da sottopporre a screening. - si è acquisita la gestione delle Agende relative. b) per lo screening del cancro al colon retto: - si è provveduto a schedulare gli ordini di materiale necessario all'attività di screening - sono stati definiti i flussi informativi con UNICO e con FEDERFARMA. E' stato prodotto il report riepilogativo per l'anno 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA

AOU S.Maria della Misericordia di Udine

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2001		Piano 2002				Piano 2003			
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		risorse statali		Risorse regionali + Risorse proprie		risorse statali	
	4.776,6	%	4.399,6	%	49.063,4	%	7.706,6	%	16.473,8	%
Progettazione in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1.502,0	19,5%	-	0,0%
Cantiere in corso	1.251,6	26,2%	1.551,1	35,3%	49.063,4	100,0%	1.461,9	19,0%	16.473,8	100,0%
Opera conclusa	3.525,0	73,8%	2.848,6	64,7%		0,0%	4.742,7	61,5%	-	0,0%
Totale	4.776,6	100,0%	4.399,7	100,0%	49.063,4	100,0%	7.706,6	100,0%	16.473,8	100,0%

	Piano 2004		Piano 2005				Piano 2006		Piano 2007	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		risorse statali		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	6.868,4	%	2.922,0	%	2.065,9	%	4.413,7	%	3.996,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	1.039,2	47,4%	-	0,0%	906,0	20,4%	1.426,6	35,7%
Progettazione conclusa	-	0,0%	58,6	2,7%	683,6	33,1%	1.682,7	38,0%	2.087,8	52,2%
Cantiere in corso	5.000,0	72,8%	3,0	0,1%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Opera conclusa	1.868,4	27,2%	1.091,3	49,8%	1.382,3	66,9%	1.843,0	41,6%	481,6	12,1%
Totale	6.868,4	100,0%	2.192,1	100,0%	2.065,9	100,0%	4.431,7	100,0%	3.996,0	100,0%

	Piano 2008		Piano 2009		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	15.245,5	%	17.940,0	%	2.294,0	%	8.429,7	%
Progettazione in corso	4.981,1	31,3%	2.680,8	14,9%	520,0	22,7%	7.803,8	92,6%
Progettazione conclusa	746,9	4,7%	920,0	5,1%	470,0	20,5%	-	0,0%
Cantiere in corso	8.111,0	51,0%	13.890,2	77,4%	100,0	4,4%	600,0	7,1%
Opera conclusa	2.056,5	12,9%	449,0	2,5%	1.204,0	52,5%	25,9	0,3%
Totale	15.895,5	100,0%	17.940,0	100,0%	2.294,0	100,0%	8.429,7	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione 31.12.2010	Stato di attuazione 31.12.2011
Nuovo polo ospedaliero udinese: I intervento	art. 20 L. 67/88	27.767,6	12/12/2002	2010	100%	100%
Nuovo Polo Ospedaliero udinese: II lotto (67.064.167,88 euro complessivi): - Opere propedeutiche al II lotto - Stralcio sub A - Opere propedeutiche al 3° intervento - Opere di compl del I e II lotto, Radioterapia e tunnel	fondi statali + fondi regionali	 5.779,1 19.520,2 1.575,0 40.189,8	 12/02/2002 29/04/2004 29/06/2004 dic 2009	 31/12/2011	 100% 100% 100% 6%	 100% 100% 100% 48%
Padiglione Ingresso Adeguamento alla normativa di prev. incendi (I lotto)	2006	1.150,0	01/06/2012	01/03/2013	0%	0%
Nuovo Polo osp. udinese : Centrale tecnologica - laboratori - rete di teleriscaldamento	fondi statali + fondi regionali + cap. privato	117.012,8	mar 2010	31/07/2012	5%	28%
Ospedale di Cividale Ristrutturazione e adeguamento (I lotto)	2008	6.000,0	01/11/2012	01/11/2014	0%	0%
Ristrutturazioni dei padiglioni del Polo ospedaliero udinese	2011	3.500,0	01/03/2013	01/03/2014	-	0%
Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese - Nuovo edificio - Corpo C3	2011	2.299,7	15/06/2012	30/11/2012	-	0%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2005	9.282,2	9.028,7	9.116,3	98%
2006	4.083,0	3.954,4	3.969,9	97%
2007	-	-	-	-
2008	1.452,2	1.410,6	1.440,4	99%
2009	11.526,0	4.935,5	8.081,1	70%
2010	8.573,6	2.937,9	6.315,9	74%
2011	11.610,0	-	2.606,7	22%

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	4.376,4	822,8	2.051,8	234,7
2007	2.794,5	507,5	3.423,0	287,9
2008	1.115,6	178,5	5.034,9	470,2

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31 12 2011*
2.268,76	4,76

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
sostituzione server	varie	2006	150,0	-	non avviato	non avviato
sistema hardware per laboratori	laboratorio	2006	300,0	-	non avviato	non avviato
Sistema autofluorescenza	pneumologia	2007	130,0	-	non avviato	non avviato
Portatili RX	Radiologia	2008	150,0	-	avviato	in corso
Attrezzaggio ambulatori (I lotto del nuovo edificio)		2009	170,0		avviato	concluso
Sistema di informatizzazione delle sale operatorie		2009	360,0	-	non avviato	non avviato
RMN 1,5 Tesla		2009	1.750,0	-	non avviato	avviata
Angiografo		2009	1.200,0		avviato	concluso
Cappe biologiche		2009	360,0		in corso	concluso
Ecografi		2009	552,0		in corso	concluso
Estensione sistema CR		2009	230,0	-	in corso	in corso
Upgrade di n.2 angiografi (A)		2010	720,0		in corso	concluso
Attrezzaggio (A)	Ematologia	2010	300,0	-	non avviato	non avviato
Attrezzaggio (B)	Radioterapia	2010	80,0	-	avviato	in corso
Attrezzaggio (B)	Sala polifunz.	2010	120,0	-	non avviato	non avviato
Acquisti per progetto regionale PACS (C)		2010	640,0	-	in corso	in corso
Attrezzature Radioterapia	Fisica sanitaria	2010	180,0	-	in corso	in corso
Cella frigo	Trasfusionale	2010	120,0	-	non avviato	non avviato
Ventilatori di terapia intensiva e anestesia		2010	199,0		in corso	concluso
Ecocardiografo	Cardiologia	2010	156,0		in corso	concluso
Ecotomografo	Radiologia	2010	156,0		avviato	concluso
Sistema controllo accessi rete LAN		2010	120,0		in corso	concluso
Allestimento di sale operatorie integrate - compresi pensili e scialitiche (B)	ss.oo.	2011	3.240,0	-	-	non avviato
Sistemi laparoscopia (B)	ss.oo.	2011	140,0	-	-	non avviato
Tavoli operatori (B)	ss.oo.	2011	1.000,0	-	-	non avviato
Apparecchi anestesia (B)	ss.oo.	2011	240,0	-	-	non avviato
Pensili (B)	t.i.	2011	320,0	-	-	non avviato
Arredi ambulatori del nuovo edificio (B)		2011	200,0	-	-	in corso
Arredi CUP - Pad.Ingresso (B)		2011	200,0	-	-	non avviato
Angiografo (A)	cardio int	2011	1.200,0	-	-	in corso
Gruppo radiologico digitale (A)	diagn imm	2011	240,0	-	-	non avviata
Arredi, attrezzaggio e interfacciamenti per PACS (C)		2011	300,0	-	-	in corso
Attrezzature informatiche		2011	400,0	-	-	in corso
Software		2011	150,0	-	-	in corso

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTUALI

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di Area Vasta).	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizione delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicitate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31/12/2011 Con nota prot. n . 25921/DG del 28.04.2011 sono stati inviati i documenti relativi alle funzioni coordinate di Farmacia, Laboratorio e Trasfusionale ed è stata chiesta una dilazione per il progetto della funzione coordinata di Anatomia Patologica. Con nota prot. n. 40052/DG/ass6 del 30.06.2011 è stata chiesta un'ulteriore proroga per la stesura del progetto inerente alla funzione coordinata di Anatomia Patologica, da stendersi con il supporto e la supervisione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema.	**Risultato atteso:** Entro il 30/04/2011 approvazione del Piano attuativo di Area Vasta che riporterà indicata la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'aera amministrativa: - trattamento previdenziale, - acquisizione del personale, - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari, - fiscalità, - recupero crediti, - controllo sulle esenzioni ticket.
Attuazione al 31/12/2011 Con DGR n° 597/2011 la Giunta regionale ha approvato il programma preventivo consolidato del servizio sanitario regionale per l'anno 2011. Il documento regionale, nel riportare analiticamente per ciascuna Azienda gli obiettivi ed i risultati attesi afferenti alle linee progettuali individuate nei rispettivi PAL/PAO ha precisato e, talvolta, modificato alcuni risultati attesi originariamente indicati dalle Aziende. Le aziende dell'Area vasta pordenonese, in attuazione del P.S.S.R. 2010-2012, avevano infatti definito congiuntamente un Piano di riorganizzazione gestionale i cui contenuti erano stati definiti e trasmessi alla DCSISSePS con nota prot. n. 63585/DG del 30.09.2010 e successivamente inseriti nei rispettivi PAL/PAO. Rispetto al Piano di riorganizzazione gestionale presentato, con la citata Dgr n° 597/2011 sono state puntualmente individuate, inserendo nuovi obiettivi e stralciandone altri, le nuove linee progettuali per le Aziende dell'Area vasta pordenonese. Pertanto, in data 29/04/2011 è stato trasmesso alla DCSISSePS (prot. n 11143/DG) il documento elaborato congiuntamente relativo allo stato di attuazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'Area amministrativa per il miglioramento dell'efficienza del sistema e per il programma delle attività centralizzate (Linea progettuale 3.4.6). In data 27/12/2011 (nota n° 36320/DG) e 28/12/2011 (nota n° 36638/DG) sono stati trasmessi gli aggiornamenti del Piano attuativo di Area vasta per il miglioramento dell'efficienza del sistema relativi a:	

Politiche e gestione delle risorse umane Ufficio unico del trattamento previdenziale dell'Area vasta pordenonese Controllo su incompatibilità dipendenti Aziende dell'Area vasta pordenonese Procedura recupero crediti Controllo su autocertificazione ticket Gestione condivisa patrimonio bibliografico e dei servizi bibliotecari In particolare il documento inviato in data 27/12/2011 (nota n° 36320/DG) prevede un pacchetto di interventi mirati alla costituzione di un ufficio unico di Area vasta (Ufficio Centrale Gestione Risorse Umane) finalizzato al miglioramento dell'efficienza dell'attività amministrativa delle procedure inerenti l'area delle risorse umane, raggiungendo nel contempo il richiesto obiettivo di riduzione dei costi secondo il crono programma previsto nel documento stesso.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.1: Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa	
Obiettivi aziendali Formulare il "*Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa*". Tale documento consiste in un organico e coordinato piano di interventi orientati al contenimento dei tempi di attesa. Indicherà pertanto i volumi prestazionali attesi, le azioni corredate da oggettivi indicatori di verifica,destinate ad agire sull'appropriatezza del consumo,sull'efficienza del sistema di produzione, sulla produttività delle risorse impiegate e sulle modalità organizzative che garantiscono trasparenza ed equità nell'accesso. Il piano deve indicare inoltre le sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall'art. 3,comma 2 della citata L.R. 7/2009 e le modalità ed i tempi di intervento che consentano un riorientamento dell'offerta a seguito del verificarsi imprevisto di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete. L'azienda ASS 6 ha inoltre il coordinamento del monitoraggio di area vasta sulla realizzazione del piano di produzione e il rispetto dei tempi di attesa. L'informazione ai cittadini dovrà avvenire in modo omogeneo in area vasta e in conformità a quanto previsto dall'art.13 della L.R. 7/2009.	**Risultati attesi** Il Piano di Produzione di area vasta definisce i seguenti elementi: A) volumi prestazionali che ciascuna delle Aziende e delle strutture private accreditate che la compongono si impegnano a garantire, con correlata previsione di posti in agenda, formulando piani di lavoro trasversali esplicitanti per le diverse sedi eroganti la capacita produttiva complessiva in termini di ore di apertura e di calendari di erogazione programmati. - elenco delle sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall'art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009. I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico ed in piu sedi di Area Vasta per le prestazioni di base. - modalità e tempi di intervento previsti dalle Aziende in caso di imprevisto o di criticità nelle attese in uno o piu ambiti della rete di Area vasta. - piano di informazione ai cittadini in conformità a quanto previsto dall'art13 della L.R.7/2009 B) l'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta. Fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010).
Attuazione al 31/12/2011 Adottato formalmente il Piano e inviato alla DCSISSePS il 31.03.2011 prot. n. 20004/DG/ASS6 e avvio del monitoraggio mensile dei tempi di attesa e attivazione delle azioni previste dal Piano di Produzione di Area Vasta (riformulazione delle agende e passaggio alla AOSMA della funzione gestionale delle stesse a seguito dello scorporo degli ospedali di San Vito e Spilimbergo).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.2: Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	
Obiettivo aziendale Garantire in Area Vasta la semplificazione delle prescrizioni specialistiche come previsto all'art. 9 della LR 7/2009.	**Risultato atteso** Il Piano di produzione di Area Vasta individua e attua le misure organizzative per la semplificazione delle prescrizioni specialistiche.
Attuazione al 31/12/2011 Il piano di produzione contiene tutte le indicazioni previste dall'art. 9 della LR 7/2009.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.3: Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/ prenotazione/ gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale	
Obiettivi aziendali Revisione delle agende secondo le indicazioni regionali.	**Risultati attesi** Proseguimento della revisione delle agende, in particolare di quelle critiche, oggetto di monitoraggio regionale. In particolare le agende devono essere: - riformulate per attività prioritarie, programmata e di controllo; - non nominative.
Attuazione al 31/12/2011 Le agende sono conformi al risultato atteso (separazione tra visite e controlli e suddivise per criteri di priorità laddove previsto - visita cardiologica ed ecografia addome); non sono utilizzate agende nominative.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Strutturazione comune dell'organizzazione dell'offerta e della prenotazione centralizzata.	Avvio di una gestione integrata dell'offerta ambulatoriale a prenotazione centralizzata (CUP e CC).
Attuazione al 31/12/2011 Tutte le prestazioni previste per normativa sono già prenotabili presso tutte le sedi CUP di Area Vasta e Call Center. L'Azienda ha avviato in settembre un percorso che ha centralizzato ulteriormente l'attività svolta presso le segreterie di reparto (otorino, dermatologia, chirurgia maxillo-facciale). Sono stati svolti dei corsi di formazione al personale per migliorare la capacità di prenotazione e trasferimento, laddove possibile, dell'attività al CUP.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Definizione delle modalità di prenotazione di prime visite, controlli e ritorni.	Avvio della distinzione, in fase di prenotazione, dei primi accessi, dei controlli e delle attività di "ritorno".
Attuazione al 31/12/2011 Tutte le agende per visite sono divise tra primi accessi e controlli. Le prestazioni diagnostiche oggetto di monitoraggio vengono suddivise tra 1° accesso e successivo. L'Area Vasta ha predisposto una bozza di protocollo da condividere con i MMG per la gestione delle richieste di visite e prestazioni.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Offerta a CUP delle prestazioni in ALP.	Mantenimento dell'offerta ALP a prenotazione centralizzata.
Attuazione al 31/12/2011 L' ALP è prenotabile tramite Call Center / Ufficio Prestazioni.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.4: Prescrizione elettronica e prenotazione on line	
Obiettivi aziendali Prescrizione elettronica: Avviare le procedure per l'emissione elettronica delle ricette da parte degli specialisti ospedalieri, ambulatoriali, MMG e PLS utilizzando il Portale di continuità della cura prevedendo una prima fase in cui verrà sperimentata la qualità e tempestività della prescrizione elettronica.	**Risultati attesi** Condizionatamente all'emanazione delle indicazione del MEF e alla disponibilità delle modifiche applicative SISSR: Avvio delle procedure per l'emissione elettronica delle ricette.
Attuazione al 31/12/2011 E' stato ampliato il numero di medici che utilizzano il sistema PSM per l'emissione della ricetta virtuale, pur permanendo l'impossibilità di utilizzare il sistema per le prestazioni di laboratorio. Medici 148 (10 nel 2010); Ricette: > 30.000 (117 nel 2010).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Restituzione referti: Implementare le procedure e il coinvolgimento delle strutture specialistiche per l'invio al cittadino e al prescrittore dei referti in formato elettronico.	Avvio di iniziative in coordinamento con le indicazioni regionali per l'attivazione dei flussi di restituzione dei referti in formato elettronico.
Attuazione al 31/12/2011 I referti firmati elettronicamente sono presenti nel repository. Le politiche e gli strumenti per la diffusione extraospedaliera non sono obiettivo aziendale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO	
Prenotazione da parte dei MMG/PLS: Avvio del processo di coinvolgimento dei MMG per la sperimentazione delle prenotazioni direttamente dallo studio medico ai sensi dell'art. 16, comma 5 della L.R. 7/2009.	Avvio di un gruppo di MMG sperimentatori delle procedure di prenotazione delle prestazioni direttamente dallo studio dei medici tramite il portale di Medicina generale o tramite software diverso se in linea con gli standard di connessione.
Attuazione al 31/12/2011 Obiettivo ASS6	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO	

Linea n. 3.4.1.5: Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	
Obiettivo aziendale Garantire al cittadino l'erogazione della prestazione in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nelle Strutture dell'Area Vasta.	**Risultato atteso** - L'accordo di Area Vasta esplicita il piano di produzione a garanzia del rispetto dei tempi di attesa critici e le procedure di intervento e compensazione economica interaziendale. - Eventuali prescrizioni delle prestazioni soggette al rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7, senza l'esplicitazione del criterio di priorità, sono comunque vincolate all'erogazione entro 120 giorni.
Definito l'accordo di Area Vasta per recepimento delle prestazioni e del livello di priorità in cui è previsto il diritto del cittadino a ricorrere ad altra struttura, le modalità di informazione al cittadino dei TA e la procedura riconoscimento e rilascio attestazione di "Mancato rispetto dei TA" Il documento è stato inviato formalmente alla DCSISSePS dalla Direzione Generale della ASS6 in data 15.04.2011 con prot. n. 23687/DG.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.6: Libera professione	
Obiettivi aziendali Definizione del rapporto Attività Libero Professionale (ALP) vs Attività Istituzionale (AIST).	**Risultati attesi** E' storicizzato sui dati consuntivi 2010 il rapporto ALP/AIST e sono definiti gli obiettivi prestazionali garantiti.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 Per l'ospedale di Pordenone, il rapporto ALP/AIST è pari a 0.86, inferiore al valore registrato nel 2010 (0.89) Per quanto riguarda i pp.oo. di San Vito e Spilimbergo, AOSMA non dispone del valore di riferimento registrato nel 2010, quindi non è possibile la definizione del rapporto.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivi aziendali Azioni sulla retribuzione di risultato per la riduzione dei TdA.	**Risultati attesi** Avvio di iniziative in coordinamento con le indicazioni regionali per la riduzione dei TdA nell'attività Azienda Ospedaliera istituzionale attraverso modalità incentivanti e di razionalizzazione dell'offerta.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 Accordo su utilizzo dei finanziamenti sovra aziendali per l'abbattimento dei tempi d'attesa prevede l'utilizzo condiviso con l'ASS6 di 628.333,33 euro per il rispetto dei volumi di prestazione concordati. (prot. 6309/DG del 09.03.2011)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivi aziendali Modalita di controllo e previsione di interventi quando necessario.	**Risultati attesi** Avvio di una rilevazione periodica sui volumi di ALP per le prestazioni critiche in particolare al fine di valutare la coerenza tra volumi e TA delle prestazioni erogate in ALP e in AIST.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 Il monitoraggio dei tempi d'attesa non ha evidenziato delle criticità. Il documento sulla valutazione è stato licenziato dai Direttori Generali con prot. n. 9564/DG/ASS6 del 16.02.2012.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.7: Criteri di priorità	
Obiettivi aziendali Collaborare alla formulazione di criteri di priorità condivisi a livello regionale.	**Risultati attesi** Partecipazione alle riunioni tecniche promosse dalla Regione
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 Il responsabile della SSD di Gastroenterologia ha partecipato al gruppo di lavoro regionale. Sono stati predisposti i criteri di priorità che devono essere sottoposti ai MMG dopo l'avvenuta intesa MMG-Regione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivi aziendali Implementare le agende di prenotazione individuate e condivise in area vasta.	**Risultati attesi** Implementazione delle agende con criteri di priorità in area vasta entro 4 mesi dalla emanazione dei criteri di priorità regionale.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 L'obiettivo e' stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.2.9 Programmi di screening	
Obiettivo aziendale: Screening cervice uterina Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il Report annuale.	**Risultato atteso:** Revisione del 95% della casistica assegnata.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 Come da valutazione fornita dalla DCSISSePS (con mail 23.04.2012), l'obiettivo è raggiunto 100%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Screening mammella.	**Risultato atteso:** - % di prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico, ed esame istologico) registrate nel G2 clinico o in APSYS con esito codificato >=95% - % donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di primo livello >= 90%.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 Come da valutazione fornita dalla DCSISSePS (con mail 23.04.2012), l'obiettivo è raggiunto: AOSMA San Vito: 99,03% AOSMA Pordenone: 100% AOSMA San Vito: 96,3% AOSMA Pordenone: 97,5%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Screening colon retto.	**Risultato atteso:** % di colonscopie di secondo livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati>=95%.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 Come da valutazione fornita dalla DCSISSePS (con mail 23.04.2012), l'obiettivo è raggiunto 100%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.1 : Accreditamento	
Obiettivo aziendale: Obiettivo prioritario per il 2011 e il completamento delle procedure di accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private ambulatoriali, di degenza e residenziali secondo il programma iniziato nel 2010.	**Risultato atteso:** - Individuazione di un referente entro il 31/01/2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche - Messa a disposizione dei professionisti valutatori formati e individuazione di professionisti sanitari da formare a carico della regione per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private nella misura di almeno 20 per area vasta, con un impegno stimato di 5 giornate/anno.
ATTUAZIONE AL 31/12/2011 - Con nota prot. n. 4276/DG del 10.02.2011, è stato comunicato DCSISSePS la nomina del referente per le procedure di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche. - Elenco professionisti sanitari individuato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.2 : Farmaceutica	
Obiettivo aziendale: Continuità nei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, acquisizione centralizzata, distribuzione diretta e monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici.	**Risultato atteso:** - Incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto promuovendo l'inserimento a prontuario di detti farmaci. - L'Azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con nota n.18104/SPS/farm del 11.10.2010. - Oltre a tali adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali. - L'Azienda dà massimo sviluppo all'attività di distribuzione diretta e primo ciclo, secondo accordi da definirsi con le Aziende per i Servizi Sanitari; - Garantire la messa a regime dell'implementazione della cartella oncologica informatizzata per quanto riguarda il monitoraggio dei medicinali prescritti. (100% delle informazioni per il 95% dei pazienti). - Assicurare l'attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche.
Attuazione al 31/12/2011 In Ospedale sono utilizzati i farmaci acquistati con gara DSC. La Farmacia registra sistematicamente la dispensazione dei farmaci sottoposti a Registro AIFA. Come da dati DCSISSePS (con mail 23.04.2012), risultati raggiunti: AOSMA San Vito: 84% AOSMA Pordenone: 99,2% L'attività di distribuzione diretta e primo ciclo è aumentata del 12% rispetto al 2010. Inserito nella cartella oncologica il 100%delle informazioni essenziali per il 95% dei pazienti. La farmacia svolge routinariamente il monitoraggio sull'uso dei farmaci secondo quanto stabilito dal PTAV e secondo le indicazioni stabilite dall AIFA.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.3 : Sicurezza e governo clinico	
Obiettivo aziendale: Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza.	**Risultato atteso:** Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati.
Attuazione al 31/12/2011 In data 15 aprile 2011, con note prot. n. 9961/DG e prot. n. 10032/DG, è stato trasmesso il documento consuntivo, e sua integrazione, sui risultati raggiunti nel 2010 in tema di sicurezza e governo clinico.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.
Attuazione al 31/12/2011 In data 29 novembre 2011, con nota prot. n. 33543/DG, è stato trasmesso il documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza.	Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza, secondo le modalità che saranno emanate dalla DCSISSePS.
Attuazione al 31/12/2011 La rilevazione è stata effettuata dal 04/10/11 al 13/10/11. Sono state coinvolte tutte le UU.OO di Pordenone e Sacile : - n. 392 pazienti arruolati, - n. 19 infezioni, - 4,84% prevalenza. Per quanto riguarda San Vito– Spilimbergo, la rilevazione è stata effettuata dal 20 al 27 ottobre e sono state coinvolte le UU.OO. di Medicina, Chirurgia. Ortopedia, Orl, Ginecologia, Pediatria, Nido, Rianimazione, ostetricia (P.O. San Vito) ; Medicina, Chirurgia, Ortopedia (P.O. Spilimbergo): - n. 154 pazienti arruolati, - n. 3 infezioni, - 1,9% prevalenza.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.4 : Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale: Svolgimento attività prescrittiva con modalità elettroniche.	**Risultato atteso:** Prescrizione del: Dare avvio all'utilizzo della procedura elettronica affinché entro la fine dell'anno il 25 % delle prescrizioni dei medici censiti e formati sia compilato elettronicamente.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo e' stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	
Prosecuzione dell'attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri nel 2010 con obiettivo di rendere efficace e uniforme l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa, garantire la qualità degli interventi in tutte le fasi delle prestazioni.	- Partecipazione dei referenti aziendali al 100% delle attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri promossa dalla DCSISSePS. - Definire percorsi prescrittivi e di erogazione dei prodotti di assistenza integrativa, anche in ambito di area vasta in un ottica di economicità per il SSR salvaguardando la qualità del servizio reso ai cittadini (distribuzione diretta e/o accordi con le farmacie e/o con i produttori e/o con i prescrittori).

Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo e' stralciato su indicazione della DCSISSePS.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.5 : Cure palliative	
Obiettivo aziendale: Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regione, e modalità operative di documentazione. (ex art 7 lg 38/10) Obbligo di riportare in cartella infermieristica, medica, anche integrata laddove presente in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (ospedali, RSA, Hospice). Tale registrazione deve comprendere le caratteristiche del dolore, la terapia antalgica, i farmaci utilizzati ed i dosaggi, il risultato antalgico.	**Risultato atteso:** - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi. - Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno (>) nel 95% dei casi. - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi.
Attuazione al 31/12/2011 La struttura di Staff della Direzione strategica esegue routinariamente nell'anno audit finalizzati alla monitoraggio della rilevazione in cartella clinica del sintomo dolore e della prescrizione e somministrazione di terapia antalgica. E' stato segnalato alla DCSISSePS come ancora non vi sia in ambito regionale una procedura formalizzata che preveda le modalità di valutazione e soprattutto di trattamento del dolore. L'indicatore della rivalutazione non è di fatto disponibile.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore.	Effettuazione a livello di area vasta di almeno un progetto di formazione sulla terapia antalgica e cure Palliative.
Attuazione al 31/12/2011 E' stato organizzato un corso di formazione sulla terapia antalgica e cure palliative che è stato svolto il 22 e il 29 novembre 2011 (organizzato dalla Ass6 ed ha coinvolto 5 infermieri e 1 medico di AOSMA).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione	Rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.
Attuazione al 31/12/2011 Ministero e Regione non hanno richiesto invio di dati.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.6 : Rete oncologica	
Obiettivo aziendale: Partecipazione al 100% delle attività promosse DCSISSePS.	**Risultato atteso:** Produzione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche.
Attuazione al 31/12/2011 Il direttore SC Oncologia di PN ha partecipato agli incontri organizzati per la stesura del documento riguardante il 2° Piano Oncologico Regionale (ultimo incontro convocato a marzo in Regione).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7 : Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute.	- registrazione del numero di decessi per lesione cerebrale acuta in rianimazione 100%. - registrazione del numero accertamenti di morte con criteri neurologici 100%. - numero accertamenti di morte/numero dei decessi per lesione cerebrale acuta > 20%.
Incremento nel Procurement di tessuti.	- evidenza della condivisione con le Direzioni Aziendali dei progetti di incremento del procurement di cornee. - numero cornee prelevate/numero di decessi in Ospedale > 2.5% - prosecuzione attività di procurement da vivente (nelle sedi attivate).
Sicurezza del processo donazione-trapianto.	- attivazione del percorso di monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting con la nuova modulistica regionale - attivazione di almeno due audit dei processi di donazione-trapianto (numero audit/segnalazioni).
Attuazione al 31/12/2011 I dati relativi all'obiettivo aziendale sono i seguenti: - Monitoraggio dei decessi per lesioni cerebrali acute: 19 pazienti; - La registrazione degli accertamenti di morte con criteri neurologici : 100% - Con 7 accertamenti su 19 decessi si è superato l'obiettivo. Il numero di deceduti in ospedale a Pordenone è 992). Il numero di cornee prelevate/numero di decessi in ospedale è complessivamente : 64/992 = 6,5% L'attività nel 2011 è la seguente: - 64 cornee prelevate (nel 2010= 58) - 7 multitessuto (nel 2010=6) - 3 vasi sanguigni da vivente (2010=6) - 3 osso da vivente (2010=8) E' stato attivato il percorso di monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting con la nuova modulistica regionale E' stato attivato 1 audit del processo donazione-trapianto(si vuole ricordare che gli audit vengono effettuati solo se durante il processo emergono delle criticità).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.8 : Piano sangue regionale	
Obiettivo aziendale: Mantenere l'autosufficienza regionale in sangue, plasma ed emoderivati con la predisposizione e l'attuazione di programmi di mantenimento dell'attuale offerta donazionale, in accordo con le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue e con la raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale.	**Risultato atteso:** Garantire la raccolta di plasma da inviare al frazionamento industriale in quantità almeno pari a quella del 2010.
Attuazione al 31/12/2011 E' stata garantita l'attività di raccolta in linea con i volumi 2010.	
VALUTAZIONI DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Garantire la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale.	- Garantire la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale anche con la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale e di verifica dell'appropriatezza trasfusionale definiti dal coordinamento regionale trasfusionale. Ci si rende disponibili alle iniziative di monitoraggio di competenza dell'Ass 6 - Formazione specifica sulle reazioni indesiderate e sugli eventi avversi alla trasfusione del sangue e dei suoi componenti al personale addetto all'omoterapia nelle strutture di diagnosi e cura come previsto dal DLGS 207/2007.
Attuazione al 31/12/2011 - Appropriatezza e sicurezza trasfusionale sono assicurati e monitorati secondo prassi consolidata. - Attivato uno specifico corso di formazione accreditato ECM per il personale sanitario di tutta l'azienda (complessivamente 118 dipendenti).	
VALUTAZIONI DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Consolidare l'organizzazione del Sistema Trasfusionale Regionale.	Consolidare l'organizzazione del Sistema Trasfusionale Regionale attraverso la costituzione di Strutture Semplici di Dipartimento presso ogn'una delle Aziende in cui si articola l'organizzazione del Dipartimento, al di fuori della sede dell'Azienda titolare.
Attuazione al 31/12/2011 Come da normativa, sono state inserite le Strutture Semplici di Dipartimento nell'atto aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n.16 del 24/01/2012.	
VALUTAZIONI DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.1 : Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
Obiettivo aziendale: Analizzare per area vasta il problema nel suo complesso proponendo soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere (anche con la realizzazione di modelli sperimentali che si differenzino per intensità di cura) e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le strutture residenziali extraospedaliere, l'attività domiciliare e la medicina generale.	**Risultato atteso:** Trasmissione entro il 30/06/2011 alla DCSISSePS di un documento di analisi e di proposte sostenibili, condiviso in ambito di Area Vasta.
Attuazione al 31/12/2011 Il documento redatto dalle strutture dell'Area vasta pordenonese, relativo a "Paziente con malattie cronico-degenerative. Analisi e proposte per la continuità assistenziale in Area vasta pordenonese", è stato inviato alla DCSISSePS, con nota dell'ASS6, prot.n. 40014/DG del 30 giugno 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Dovranno essere effettuate verifiche sulle condizioni logistico-strutturali finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza residenziale.	**Risultato atteso:** Trasmissione entro il 30/12/2011 dello stato di avanzamento della realizzazione delle soluzioni proposte.

Attuazione al 31/12/2011 Trasmessa nota relativa alla realizzazione delle soluzioni proposte (nota ASS6 prot. 72127/DG del 30 dicembre 2011).
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.2 : Riabilitazione	
Obiettivo aziendale: Definire l'organizzazione e le attività delle Unità Operative di Medicina Fisica e Riabilitazione per la riabilitazione intensiva/estensiva nelle aziende ospedaliere e negli ospedali di rete.	**Risultato atteso:** - Evidenza dell'attivazione in ogni azienda ospedaliera di un'unita operativa di Medicina Fisica e Riabilitazione a ciclo continuativo/diurno per la riabilitazione intensiva. - Evidenza dell'attivazione in progress e dell'utilizzo appropriato in ogni ospedale di rete di posti letto dipartimentali dedicati alla riabilitazione estensiva.
Attuazione al 31/12/2011 Il 26 settembre 2011 sono stati attivati i posti letto di Riabilitazione Intensiva a Sacile. Il numero iniziale di posti letto attivati è di 6; il progetto sperimentale prevede l'ampliamento del numero dei posti letto entro il primo semestre 2012 fino a raggiungere il numero di 10 (dieci) tutti dedicati alla Riabilitazione Intensiva. - Sono già attivi posti letto di Post Acuzie presso la Medicina di Sacile; alcuni di questi sono utilizzati per il ricovero di Pazienti polipatologici complicati che necessitano anche di intervento Riabilitativo Estensivo. Presso il P.O. di Spilimbergo-S.Vito è attiva una UO di Riabilitazione intensiva sia a ciclo continuativo che a ciclo diurno (D.H) Presso il P.O. di Spilimbergo sono attivi posti letto dipartimentali di riabilitazione estensiva ospedaliera.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: predisporre gli atti propedeutici per l'attivazione dei Dipartimenti di Riabilitazione in ogni Area Vasta per garantire il governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio.	**Risultato atteso:** Trasmissione entro il 30/09/11 alla DCSISSePS della documentazione riguardante la strutturazione dei Dipartimenti di Riabilitazione di Area Vasta.
Attuazione al 31/12/2011 In data 30 settembre2011, con nota prot.n. 26997/DG è stato trasmesso il documento di strutturazione del Dipartimento di Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone, nonché la sintesi del percorso condiviso con l'ASS6 per l'ipotesi di organizzazione del Dipartimento di Area Vasta entro il 31/12/2011. In data 30 dicembre 2011 prot.n. 72129/DG, è stato trasmesso il documento relativo a "Proposta per il Dipartimento di Medicina Riabilitativa dell'area vasta pordenonese".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: l'obiettivo è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.	
Obiettivo aziendale: La presenza in ogni Area Vasta dell'offerta riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.	**Risultato atteso:** Evidenza (trasmissione alla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali di un report di analisi quadrimestrale sul numero di pazienti e di prestazioni erogate) in ogni area vasta dell'attività riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.
Attuazione al 31/12/2011 Nel 2011 non risultano ricoveri di riabilitazione cardiologica e pneumologia L'attività ambulatoriale di riabilitazione pneumologica per esterni registrata nel 2011 è pari a 89 prestazioni (esercizi respiratori, seduta individuale) di cui 10 a San Vito e 79 a Pordenone).	

Relativamente alla attività cardiologica, la SSD di Riabilitazione Cardiologica di Sacile, ha effettuato nel 2011: 11967 prestazioni.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.4.5 : Materno infantile	
Obiettivo aziendale: Stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	**Risultato atteso:** Partecipazione al 100% delle attività avviate dalla DCSISSePS sulla stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.
Attuazione al 31/12/2011 Nel 2011 il personale dell' Azienda ha partecipato al 100% delle attività previste dalla DCSISSePS. E' stato redatto il documento regionale a firma dei responsabili dei 3 Centri PMA Pubblici FVG (AOSMA, Burlo, ASS4) datato 02/02/2011. In data 27/10/2011 stesura documento congiunto Direzione Medica/S.S. Fisiopatologia riproduzione Umana e Banca del seme per applicazione nuove modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita dall'01/11/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	Partecipazione al programma regionale di screening uditivo neonatale.
Attuazione al 31/12/2011 Il Centro d/i Audiologia e Fonetica ha collaborato con il gruppo di lavoro regionale per la stesura del documento sullo screening uditivo neonatale universale in FVG, che è stato presentato presso la sede Regionale in data 24/06/2011. Il centro di Audiologia e Fonetica sta proseguendo nell'esecuzione dei 2 livelli di screening e nella gestione dei dati per tutta l'area vasta (punti nascita Policlinico e San Vito), in attesa che la gestione dati passi al coordinamento regionale a Trieste. Personale della SC di ORL PN sta curando la formazione del personale dei punti nascita regionali con convenzione n° 233 del 14/10/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Individuazione di percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica, atti a garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure nella fase di transizione tra l'età evolutiva e quella adulta.	Partecipazione alla definizione di un percorso integrato Ospedale –Territorio condiviso, per la continuità assistenziale del bambino con malattie croniche/congenite/disabilità nel passaggio tra età evolutiva ed età adulta entro il 31/12/2010.
Attuazione al 31/12/2011 In data 21 febbraio 2011 con nota prot. n. 5114/DG è stato trasmesso il protocollo di organizzazione di una rete provinciale di cure palliative pediatriche. Il progetto ha coinvolto tutti gli attori che partecipano al percorso assistenziale dei bambini ed è stata concordata la presa in carico di tutti i bambini da 0 a 18 anni, affetti da patologie oncologiche, patologie croniche inguaribili ed occasionalmente patologie acute con necessità di prosecuzione di terapia endovenosa domiciliare territoriale. Da gennaio a marzo 2011 sono stati organizzativi numerosi incontri tra i due principali attori (Azienda Ospedaliera "S.Maria degli Angeli" di Pordenone e ASS6 Friuli Occidentale) per la definizione dei ruoli e dei compiti. Da aprile a maggio 2011 sono stati effettuati i concorsi per l'assunzione del medico e dell'infermiera. Il progetto è operativo dal 1 giugno 2011. Dal 1 giugno 2011 sono stati eseguiti 303 accessi domiciliari con una media di circa 2 accessi/die. I bambini coinvolti fino al 24 febbraio 2012 sono stati 21, di cui però 4 non suscettibili di cure palliative ma che necessitavano di prolungata terapia antibiotica ev per patologia infettiva con difficoltà a prolungare il ricovero ospedaliero. Per tali pazienti sono stati evitati 23 giorni di ricovero con un effettivo risparmio economico. Il documento di analisi dei risultati è stato trasmesso alla DCSISSePS il 28 marzo 2012 con nota prot. n. 10079/DG.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.1 : Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: Le aziende proseguono nella diffusione della prescrizione elettronica in tutte le strutture erogatrici.	**Risultato atteso:** Il 50% delle strutture ambulatoriali e di ricovero sperimentano la prescrizione elettronica. Almeno il 50% dell'attività prescrittiva e digitale entro il 31dicembre 2011.
Attuazione al 31/12/2011 La prescrizione elettronica è utilizzata da >50% delle strutture. Le ricette virtuali prodotte nel 2011 sono 31847 contro 117 dell'anno 2010 (si veda la Linea 3.4.1.4).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.2 : Firma digitale	
Obiettivo aziendale: Le aziende estendono l'utilizzo della firma digitale alla lettera di dimissione.	**Risultato atteso:** Almeno il 20% delle strutture di ricovero firma digitalmente la lettera di dimissione entro il 31 dicembre 2011.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.3: Privacy	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario.	**Risultato atteso:** Disponibilità alla sperimentare del consenso.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo e' stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea 3.4.5.4 Gestione operatori	
Obiettivo aziendale: Semplificare e uniformare la gestione degli utilizzatori dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell' accesso alle informazioni.	**Risultato atteso:** Disponibilità alla sperimentazione del nuovo applicativo per la gestione unitaria di tutti gli utilizzatori dei sistemi sanitari integrata con la gestione giuridica del personale, secondo le indicazioni e la pianificazione regionale.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: il risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne	

Linea n. 3.4.5.6 : Portale del cittadino	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso del portale del cittadino allaprenotazione delle prestazioni presenti nelle prescrizioni elettroniche.	**Risultato atteso:** Viene reso disponibile il servizio di prenotazione delle prescrizioni elettronica sul portale del cittadino.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.9 : Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso di sistemi informatici a tutti gli ambulatori e a tutti i reparti.	**Risultato atteso:** Tutti gli ambulatori/reparti refertano utilizzando applicativi informatizzati.
Attuazione al 31/12/2011 I reparti refertano con sistemi informatici l'attività di ambulatorio. Nel 2011 sono stati firmati digitalmente più del 50% dei referti totali (firmati 290194 / 537970).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.10 : PACS	
Obiettivo aziendale: Attivazione del sistema PACS aziendale, in coerenza con il cronoprogramma di progetto.	**Risultato atteso:** a) Provvedere alla realizzazione delle precondizioni logistico/infrastrutturali ed impiantistiche; b) In coerenza con il cronoprogramma del progetto regionale e per quanto di competenza, garantire ogni collaborazione al gruppo di progetto DSC e ogni supporto necessario nella fase di installazione del sistema PACS aziendale e favorire le fasi di avvio e di messa a regime del sistema stesso.
Attuazione al 31/12/2011 Pieno rispetto delle condizioni DSC.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.12 : Continuità delle cure ed estensione dei servizi territoriali **Linea n. 3.4.5.13 : Medicina convenzionata**	
Obiettivo aziendale: - Applicazione del DPCM 26-03-2008 (certificati di malattia e trasmissione prescrizioni) e diffusione delle esenzioni da reddito - Estensione dei servizi disponibili a tutti MMG e PLS del consorzio CICOM.	**Risultato atteso:** - Tutti i certificati di malattia INPS vengono trasmessi secondo le indicazioni tramite portale o call center. - L'80% dei MMG e PLS è in grado di connettersi direttamente ai servizi del portale della continuità della cura.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo e' stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.17 : Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale: Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso:** Implementazione del nuovo sistema "giuridico del personale" secondo pianificazione regionale.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.18 : Sistema di governo	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:** Sperimentazione, secondo pianificazione regionale, del modello predefinito di rappresentazione del processo di pianificazione e controllo in un'Azienda Ospedaliera e in un'Azienda per i Servizi Sanitari.
Attuazione al 31/12/2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamenti e logistica.	**Risultato atteso:** Entro un mese dall'attivazione del buffer, tutte le Aziende dell'Area Vasta entrano nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche.
Attuazione al 31/12/2011 Per la parte di competenza, il Servizio Approvvigionamenti e Logistica ha completato le procedure di centralizzazione (sia per i beni di scorta che per i beni di transito) nel rispetto delle scadenze previste. L'attività di completamento del "buffer" e l'attività di tuning sull'Area vasta pordenonese, ad eccezione di quanto sotto riportato, ha avuto inizio l'01.03.2011 e si è completata il 31.03.2011 (vedasi verbale Comitato di Dipartimento DSC dell'11.04.2011), pertanto come riportato nella presente linea progettuale, entro un mese dall'attivazione del buffer (aprile 2011), tutte le aziende dell'Area Vasta pordenonese sono entrate nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS: OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea 4.2 – Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili e impiantistici.	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.

Attuazione al 31/12/2011

I progetti finora approvati nel corso del 2011 prevedono solo adeguamenti normativi dell'ospedale di Pordenone (antincendio, gas medicinali, impianti elettrici, impianti elevatori, impianti meccanici, copertura, ecc.), senza comportare realizzazione di nuovi spazi/attività o riorganizzazione funzionale degli stessi.

Unica eccezione è il progetto definitivo dei lavori della III fase di accreditamento dell'ospedale di San Vito al Tagliamento, che prevede anche una riorganizzazione funzionale degli spazi e attività, per il quale è stata predisposta la relazione illustrativa sanitaria e gestionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS:

OBIETTIVO RAGGIUNTO

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA

AO S.Maria degli Angeli di Pordenone

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2006		Piano 2007		Piano 2008		Piano 2009	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	8.565,5	%	2.082,0	%	2.539,1	%	2.926,0	%
Progettazione in corso	464,5	5,4%	-	0,0%	328,7	12,9%	874,0	29,9%
Progettazione conclusa	1.987,0	23,2%	1.452,9	69,8%	522,0	20,6%	-	0,0%
Cantiere in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Opera conclusa	6.114,0	71,4%	629,1	30,2%	1.688,4	66,5%	2.052,0	70,1%
Totale	8.565,5	100,0%	2.082,0	100,0%	2.539,1	100,0%	2.926,0	100,0%

	Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	15.058,0	%	3.345,0	%
Progettazione in corso	10.690,0	71,0%	3.345,0	100,0%
Progettazione conclusa	1.905,0	12,7%		0,0%
Cantiere in corso	1.956,5	13,0%		0,0%
Opera conclusa	506,5	3,4%		0,0%
Totale	15.058,0	100,0%	3.345,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					31.12.2010	31.12.2011
Ospedale di S.Vito al T. - Rifacimento rete fognaria	2004	400,5	I trim 2013	IV trim 2013	0%	0%
Ospedale di S.Vito al T. - III lotto	2010	9.000,0	I trim 2013	I trim 2014	0%	0%
Ospedale di Pordenone - Interventi logistici e organizzativi necessari per l'esercizio delle funzioni nel periodo transitorio	2009/2010	4.000,0	I trim 2011	IV trim 2013	0%	25%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	160,0	160,0	160,0	100%
2007	-	-	-	-
2008	-	-	-	-
2009	7.076,0	4.472,0	6.654,0	94%
2010	3.386,1	582,0	2.037,0	60%
2011	3.360,0	-	1.061,0	32%

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31.12.2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31.12.2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	583,0	125,0	1.655,0	151,0
2007	1.388,0	309,0	968,0	121,0
2008	656,0	141,0	893,0	112,0

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
882,21	1,47

Stato di avanzamento delle acquisizioni di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Angiografi + poligrafi	Emodinamica	2009	2.190,0	1.875,0	avviato	concluso
Intensificatore di brillanza + portatile di radiografia	Radiologia	2009	120,0	-	avviato	in corso
Lavastrumenti, lavapadelle, autoclavi	UUOO Diverse	2009	150,0	66,0	in corso	concluso
Elettrocardiografi	UUOO Diverse	2009	150,0	-	in corso	in corso
Mammografo digitale (A)		2010	250,0	293,0	avviato	concluso
Risonanza magnetica (A)		2010	240,0	-	non avviato	non avviato
Telecomandato digitale (A)		2010	600,0	-	non avviato	non avviato
Acquisti per progetto regionale PACS (C)		2010	243,0	194,0	in corso	parz. concluso
Dispositivi di lavaggio e sterilizzazione		2010	100,0	-	in corso	in corso
Ecotomografi		2010	300,0	304,0	avviato	concluso
Letti elettrici ad altezza variabile		2010	350,0	346,0	avviato	concluso
Sistema di navigazione endoscopica computerizzata (A)	Pordenone	2011	200,0	-	-	non avviato
DR (A)	Imm S.Vito	2011	300,0	-	-	non avviato
Arredi e attrezzaggi - Endoscopia (B)	S.Vito	2011	50,0	50,0	-	concluso
Arredi, attrezzaggio e interfacciamenti per PACS (C)	Pordenone/S.Vito	2011	300,0	70,0	-	concluso
Ecocardiografo	S.Vito	2011	240,0	245,0	-	concluso
Unità di alimentazione pensili per terapia intensiva	Pordenone	2011	250,0	-	-	in corso
Sequenziatore capillare	Pordenone	2011	157,0	-	-	in corso
Acquisti trasferiti da ASS 6						
Mammografo Spilimbergo	Ospedale di Spilimbergo	2009	250,0	205,0	non avviato	concluso
Lavaendoscopi	Ospedale di S. Vito	2009	100,0	118,0	non avviato	concluso
Diagnostica tradizionale (scheletrica)DR - digitale diretta	Ospedale di S.Vito	2009	220,0	-	non avviato	non avviato
Aggiornamento Workstation refertazione TAC	Ospedali	2009	110,0	-	non avviato	in corso
Arredo e Attrezzaggio per endoscopia (B)	Osp. di S.Vito	2010	200,0	121,0	non avviato	concluso

(importi espressi in migliaia di euro)

Linea n. 3.1.1 Revisione dell'assetto dell'offerta ospedaliera	
Obiettivo aziendale Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di Area Vasta).	**Risultato atteso** Entro il 30/04/2011, per ognuna delle funzioni coordinate, definizione di un dettagliato piano attuativo, redatto nel rispetto delle disposizioni delle Linee per la gestione 2011, con specificazione dei tempi previsti per il raggiungimento del risultato finale e delle modalità erogative e di coordinamento organizzativo**.**
Attuazione al 31.12.2011 E'stato predisposto, entro il termine e secondo le modalità previste, un piano unico di Area Vasta per le funzioni coordinate (trasmesso alla DCSISSePS con nota ASS 1 prot. n. 18853/GEN.I.1.A dd. 29.4.2011)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale Miglioramento dell'efficienza del sistema.	**Risultato atteso** Entro il 30/04/2011, approvazione del Piano attuativo di Area Vasta riportante la tempistica di realizzazione dei progetti di condivisione di percorsi nell'aera amministrativa: - trattamento previdenziale, - acquisizione del personale, - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari, - fiscalità, - recupero crediti, - controllo sulle esenzioni ticket.
Attuazione al 31.12.2011 E'stato predisposto, entro il termine e secondo le modalità previste, un piano unico di Area Vasta per la condivisione di percorsi nell'area amministrativa (trasmesso alla DCSISSePS con nota ASS 1 prot. n.19909/GEN.I.1.A dd. 6.5.2011).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1- Contenimento dei tempi di attesa	
Obiettivo aziendale Produzione del Piano 2011 di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa.	**Risultato atteso** Viene condiviso e formalizzato il Piano di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa. A tale riguardo la DGR 597/2011 precisa che: A. La classificazione delle prestazioni di base o specialistiche è quella comunicata dalla Regione); B. L'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta, fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010); C. Eventuali prescrizioni delle prestazioni soggette al rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-

	2009 n. 7, senza esplicitazione del criterio di priorità, sono comunque vincolate all'erogazione entro 120 giorni.
Attuazione al 31.12.2011 Il Piano di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa dell'Area vasta Giuliano-Isontina è stato condiviso e sottoscritto da parte di tutte le Aziende ad essa afferenti (prot. n.14525/A CL A/20 del 15.12.2010)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale Monitoraggio dei tempi di attesa ed informazione ai cittadini.	**Risultato atteso** - Vengono monitorati trimestralmente: a) i tempi di attesa in regime istituzionale e in regime ALPI per le prestazioni indice, mission dell'Istituto b) i volumi di attività ambulatoriale istituzionale e ALPI e il loro relativo rapporto. Nel caso di criticità vengono effettuate adeguate misure correttive per il contenimento dei TA entro i giorni stabiliti; - I tempi di attesa sono aggiornati e diffusi sul sito Internet aziendale.
Attuazione al 31.12.2011 - I tempi di attesa in regime istituzionale e in regime ALPI per le prestazioni indice, mission dell'Istituto, sono monitorati mensilmente; - Il rapporto volume di attività istituzionale vs ALPI è anch'esso monitorato mensilmente. In caso di criticità sono previste le modalità di intervento e le azioni concordate ed indicate nel Piano di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa (pag. 7); - I TA sono regolarmente aggiornati e diffusi sul sito intranet aziendale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale Semplificazione delle prescrizioni specialistiche (percorso nascita).	**Risultato atteso** Entro il 31.12.2011, tutte le prestazioni specialistiche del percorso nascita sono prescritte alla prima visita.
Attuazione al 31.12.2011 Non raggiunto	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso In occasione della stesura dello stato di avanzamento degli obv PAO 2011 alla data del 30.06.2011, inviato alla Regione via mail in data 22 Agosto 2011, è stata evidenziata la criticità derivante dal passaggio tra il sistema informatico G2 clinico a G3 clinico. Si è richiesto, pertanto, alla Regione, di stralciare il presente obiettivo.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale Attivazione del CUP regionale.	**Risultato atteso** Il/I referenti dell'Istituto partecipano al gruppo di lavoro, agli incontri previsti dalla programmazione regionale per l'attivazione del CUP regionale.
Attuazione al 31.12.2011 I referenti del Burlo hanno partecipato a tutti gli incontri previsti (disponibili le convocazioni ed i nominativi delle persone che vi hanno partecipato).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale Sviluppo definizione criteri di priorità.	**Risultato atteso** Prosecuzione delle attività di sviluppo di agende con criteri di prenotazione di priorità clinica UBDP.

Attuazione al 31.12.2011 Come da accordi interaziendali è stata introdotta, nel corso del 2011, in prenotazione, l' agenda prioritarizzata per la visita neurologica, come da accordo di Area vasta (l'agenda risulta prenotabile dal sistema G2 ed è conservato agli atti il documento con il quale si sono definiti i criteri oggetto di condivisione in Area Vasta).
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Linea n. 3.4.2.2: Prevenzione infortuni e malattie professionali	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Promozione di azioni di monitoraggio, vigilanza, informazione, formazione da svolgersi - anche in condivisione con gli altri Enti deputati - nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro .	Sperimentazione, in collaborazione con l'INAIL e l'ASS n.1 Triestina, di un progetto di condivisione dei percorsi in essere di prevenzione e valutazione del rischio (e relativi DVR), con autovalutazione e valutazione fra pari.
Attuazione al 31.12.2011 E' stata adottata la convenzione con l'Inail con decr. DG n. 116 dd. 17.6.2011. L'Istituto ha partecipato agli incontri di Area vasta ed altresì partecipato all'autovalutazione**.**	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.6: Programma guadagnare salute	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Lotta al tabagismo Promozione ed adesione alle iniziative regionali e di contrasto al tabagismo con l'implementazione del progetto "Luoghi e contesti liberi dal fumo".	- Entro il 31.03.2011, revisionata l'applicazione della normativa antifumo all'interno dell'Istituto; - Entro il 31.12.2011, effettuati interventi di educazione sanitaria rivolti sia agli operatori che agli utenti che accedono in Istituto, B67fra cui allestimento e stampa di pieghevoli dedicati; - Prosecuzione della collaborazione con le Aziende sanitarie triestine per il progetto interaziendale "Operatori sanitari liberi dal fumo".
Attuazione al 31.12.2011 - È stato revisionato il regolamento interno anti-fumo entro il 31/03/2011; - È stata revisionata ed applicata un'adeguata cartellonistica; sono stati revisionati i punti blu; - Il Medico Competente continua a raccogliere i dati per il Progetto "Operatori sanitari liberi dal fumo", nel corso delle visite di sorveglianza sanitaria. Continua la collaborazione con le Aziende sanitarie triestine per il progetto interaziendale "Operatori sanitari liberi dal fumo".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.2.9: Programmi di screening	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Screening cervice uterina Collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale.	Revisione del 95% della casistica assegnata.
Attuazione al 31.12.2011 Esami codificati su totale esami =145 su 145; pari al 100% della casistica assegnata.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.1: Accreditamento

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Accreditamento volontario JCIAdeguamento agli standard JCI, ed 2008 e successivo aggiornamento.	Ottenimento dell'accreditamento da JCI.

Attuazione al 31.12.2011

Non raggiunto per modifica di strategia aziendale, come espressa nell'ambito del Consiglio di indirizzo e verifica dell'Istituto (documento del 2 – 3 dicembre).

Motivazioni scostamento dal risultato atteso:

La revisione del nuovo atto aziendale ha implicato dei cambiamenti organizzativi e sostanziali importanti, a forte impatto rispetto l'adesione agli standard JCI. Si è ritenuto di proseguire con l'accreditamento istituzionale, con riferimento al recepimento dell'accordo stato regioni sul percorso nascita, e di consolidare i risultati raggiunti nel programma di accreditamento JCI, standard ai quali viene fatto riferimento, con un progetto aziendale. E' stato richiesto alla Direzione salute di annullare l'obiettivo.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Accreditamento istituzionale - Accreditamento istituzionale procreazione medicalmente assistita (PMA); - Collaborazione con la Direzione centrale al completamento delle procedure di accreditamento istituzionale	- Mantenimento ed eventuale aggiornamento di conformità agli standard previsti dall'accreditamento istituzionale (DGR n. 705/2007 ed eventuali aggiornamenti); - Entro il 31.01.2011 individuazione del referente per le procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionale; - Individuazione e messa a disposizione di n.6 valutatori, di cui 2/3 che devono completare il percorso formativo; - Autovalutazione dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento emessi dalla DCSISSePS, secondo le modalità definite dalla stessa Direzione centrale.

Attuazione al 31.12.2011

- E' stata effettuata la visita di audit per la PMA, congiunta con il Centro Nazionale Trapianti e la Regione FVG, di verifica di conformità agli standard previsti dall'accreditamento istituzionale (DGR 705/2007, L. 40/2004) , nonché alla normativa applicabile al trattamento delle cellule staminali;
- Il referente aziendale svolge detto mandato sin dal primo avvio delle procedure di accreditamento istituzionale, così come risulta dalla documentazione agli atti dell'Istituto;
- Sono stati individuati 6 valutatori e messi a disposizione per la formazione;
- E' stata effettuata l'autovalutazione rispetto ai requisiti di autorizzazione e accreditamento individuati dalla DCSISSePS, secondo le modalità da essa definite.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.2 - Assistenza farmaceutica

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Prosecuzione delle attività dirette a sviluppare percorsi di appropriatezza prescrittiva.	Prosecuzione della partecipazione al tavolo tecnico di Area vasta per la promozione di percorsi di appropriatezza prescrittiva.

Attuazione al 31.12.2011

E' proseguita la partecipazione del referente tecnico alle riunioni convocate dal tavolo tecnico di Area vasta per percorsi di appropriatezza prescrittiva.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Prescrizione di farmaci a brevetto scaduto.	Per i farmaci generici, responsabilizzazione degli specialisti sulla prescrizione di medicinali a brevetto scaduto.
Attuazione al 31.12.2011 Nell'ambito dell'assegnazione del budget 2011, ai Centri di responsabilità di area clinica è stato assegnato uno specifico obiettivo finalizzato a responsabilizzare i prescrittori rispetto alla prescrizione di medicinali a brevetto scaduto.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Mantenimento/potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci.	Massimo sviluppo all'attività di distribuzione diretta e primo ciclo, secondo accordi da definirsi con le Aziende per i Servizi Sanitari.
Attuazione al 31.12.2011 E' proseguita nel corso del 2011 l'erogazione diretta dei farmaci (il primo ciclo è incluso nella diretta).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Gestione farmaci sottoposti a registro AIFA e farmaci oncologici.	- Tempestiva registrazione sul portale AIFA di tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni); - Formalizzazione dei percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da nota prot. n.18104/SPS/farm dd. 11.10.2010 Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali; - Per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali.
Attuazione al 31.12.2011 - Sono stati registrati tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposte a registro AIFA (100 % prescrizioni nel 2011); - è stata elaborata la procedura dei percorsi interni per il recupero dei rimborsi secondo normativa (agli atti prot. 14130/A.CL.I.1 dd. 27/12/2011); - non raggiunto	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso: L'Istituto non è dotato della cartella oncologica regionale informatica, che richiede un adattamento per l'area pediatrica. Inoltre non è attualmente ancora disponibile il collegamento informatico con Insiel. Si è richiesto, pertanto, l'annullamento dell'obiettivo.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO NOTA: Il terzo risultato atteso è stato stralciato.	

Linea n. 3.4.3.3 -Sicurezza e governo clinico	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza.	Entro il 31 marzo 2011, trasmissione alla DCSISSePS di un documento consuntivo sui risultati 2011 in tema di: 1. sicurezza del paziente 2. prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere. Il documento definisce i programmi di miglioramento, con i relativi obiettivi, per ciascuno dei predetti p.ti 1 e 2.

Attuazione al 31.12.2011 Il documento consuntivo sui risultati 2011, contenente i dati richiesti, è stato trasmesso alla DCSISSePS via mail in data 15 aprile 2011, successivamente formalizzata con nota prot. n. 5181 dd. 19.4.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Prosecuzione delle attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Entro il 30 novembre 2011, trasmissione alla DCSISSePS del documento consuntivo riportante il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti nel Piano di miglioramento.
Attuazione al 31.12.2011 Il documento consuntivo riportante il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti nel Piano di miglioramento è stato trasmesso alla DCSISSePS, nei tempi e secondo le modalità stabilite, con nota prot. n. 13158 dd. 30.11.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza.	Partecipazione, secondo quanto definito dalle indicazioni regionali, alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza.
Attuazione al 31.12.2011 L'istituto ha partecipato, secondo le indicazioni regionali, alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.4 Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Avvio della procedura per la prescrizione informatica delle prestazioni relative ai LEA dell'assistenza protesica: attivazione del collegamento con INSIEL per la gestione nell'"Anagrafe prescrittori" dei medici che effettuano prescrizioni proteiche.	- Entro il 30.06.2011, attivazione del collegamento con INSIEL per la prescrizione informatica e tutti i medici della SC Ortopedia sono formati; - Entro il 31.12 2011, il 70 % delle prescrizioni protesiche effettuate dalla SC Ortopedia vengono effettuate informaticamente.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.3.5: Cure palliative	
Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Condivisione, a livello regionale, degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di gestione della documentazione:Registrazione, ai sensi dell'art 7 della Legge n. 38/10, presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (ospedali, RSA, Hospice), nella cartella clinica, medica ed infermieristica, anche integrata laddove presente, delle caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonche' della tecnica antalgica e dei farmaci utilizzati, dei relativi dosaggi e del risultato antalgico conseguito.	Presenza in cartella: - della valutazione del dolore in almeno (>) il 95% dei casi; - della terapia antalgica prescritta e somministrata in almeno (>) il 95% dei casi; - rivalutazione in almeno (>) il 95% dei casi.

Attuazione al 31.12.2011

Nelle strutture e/o servizi che hanno in carico pazienti minori affetti da gravi patologie, anche cronico-degenerative, che necessitano di trattamento antalgico ad alta complessità (per l'IRCCS Burlo Garofolo: SC Oncoematologia, SC Anestesia e Rianimazione, SC Clinica Pediatrica, Centro Trapianti):

- in ogni cartella dei servizi/strutture indicati è presente appropriata documentazione di valutazione del dolore almeno o superiore al 95% dei casi, con strumenti adeguati all'età evolutiva del bambino;
- il dato analizzato è relativo al controllo eseguito su campione del 5% delle cartelle dei pazienti ricoverati dimessi nei primi 6 mesi dell'anno 2011. Attualmente il Centro Trapianti è inserito organicamente nella struttura complessa Clinica Pediatrica per cui non sono disponibili dati scorporati . L'indicatore rilevato non permette di distinguere il livello di dolore per il quale è stata o non è stata somministrata la terapia; è quindi da presumere che i casi con registrazione =0 non richiedessero terapia antalgica;
- esiste un protocollo interno che definisce i tempi di rivalutazione e tale protocollo è applicato. La rivalutazione è almeno uguale o superiore al 95% dei casi, nei tempi previsti dal protocollo
  In tutte le altre strutture almeno il 70 % dei restanti pazienti ricoverati in RO/DH/DS, hanno una valutazione del dolore (scheda compilata).

Di seguito si riportano i dati rilevati alla data del 31.12.2011:

Tab. 1 - Valutazione del dolore

Indicatore 95%	Indicatore 70%
- Oncoematologia Ricovero ordinario : 97.8% Day Hospital :96% .	Nido Ricovero ordinario 82%
- Clinica pediatrica Ricovero ordinario : 100% Day Hospital : 100%	TIN Ricovero ordinario 97.5% Day Hospital 85.2%
- Anestesia e Rianimazione Ricovero ordinario : 100%	Ostetricia Ricovero ordinario 85.6% Day Hospital 44%
- Centro trapianti Ricovero ordinario : 100% Day Hospital : 100%	Ginecologia Ricovero ordinario 92% Day Hospital 85.2%
-	PMA Day Hospital 63.3%
-	NPI Ricovero ordinario 100% Day Hospital 92%
-	Odontostomatologia Ricovero ordinario : 91.7% Day Hospital 100%
-	Chirurgia Ricovero ordinario: 93.3% Day Hospital 83.9%
-	ORL Ricovero ordinario 73% Day Hospital 95.6%
-	Oculistica Ricovero Ordinario 83% Day Hospital 89.6%
-	Ortopedia Ricovero ordinario 88.9% Day Hospital 100%
-	Pronto Soccorso Ricovero ordinario : 100% Osservazione temporanea (DH) : 100%

Tab. 2 - Prescrizione della terapia antalgica

Indicatore >95%	Somministrazione desumibile in % (dato corretto)
- Oncoematologia Ricovero ordinario : in 7 casi su 7 somministrata terapia	- Oncoematologia Ricovero ordinario : 100%
- Clinica pediatrica Ricovero ordinario :in 8 casi su 11 somministrata terapia	- Clinica pediatrica Ricovero ordinario :100% (**)
- Anestesia e Rianimazione Ricovero ordinario : in 4 casi su 5 somministrata terapia	- Anestesia e Rianimazione - Ricovero ordinario : 100% (**)
Indicatore >95%	Somministrazione desumibile in % (dato corretto)
- Oncoematologia Ricovero ordinario : in 7 casi su 7 somministrata terapia	- Oncoematologia Ricovero ordinario : 100%
- Clinica pediatrica Ricovero ordinario :in 8 casi su 11 somministrata terapia	- Clinica pediatrica Ricovero ordinario :100% (**)

Tab. 2 - Rivalutazione del dolore

Indicatore >95%
Oncoematologia Ricovero ordinario : 90%
Clinica pediatrica Ricovero ordinario :100%
Anestesia e Rianimazione Ricovero ordinario : 100
Indicatore >95
Oncoematologia Ricovero ordinario : 90
Clinica pediatrica Ricovero ordinario :1

Motivazioni scostamento dal risultato atteso:

Si è ritenuto di richiedere alle strutture che accolgono pazienti con importanti problematiche oncologiche o cronico-degenerative un immediato adeguamento agli standard, in tutte le altre si è concesso un maggiore periodo di adeguamento in considerazione anche della recente revisione delle cartelle cliniche che richiede obbligatoriamente una valutazione del dolore su tutti i pazienti.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Realizzazione di azioni formative del personale in tema di cure palliative e terapia del dolore.	Effettuazione di almeno un progetto di formazione sulla terapia antalgica e cure palliative.

Attuazione al 31.12.2011

Sono stati effettuati 7 eventi formativi integrati nelle date del: 11/01/2011, 15/03/2011, 12/04/2011, 10/06/2011, 18/10/2011, 22/11/2011, 13/12/2011.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	Produzione di un rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.

Attuazione al 31.12.2011

Partecipazione del referente dell'Istituto ai tavoli di lavoro per l'attivazione dei flussi ministeriali.

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Linea n. 3.4.3.6 Rete oncologica	
Obiettivo aziendale Partecipazione al 100% delle attività promosse dalla DCSISSePS.	**Risultato atteso** Partecipazione del referente dell'Istituto agli incontri del Gruppo regionale ed alle attività promosse dalla DCSISSePS, specificatamente per gli ambiti assistenziali pediatrici assegnati all'Istituto dal PSR 2010-2012 nella rete oncologica regionale.
Attuazione al 31.12.2011 Il referente dell'Istituto ha partecipato agli incontri promosse dalla DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGGIUNTO	
Linea n. 3.4.3.7. Trapianto d'organi, tessuti e cellule	
Obiettivo aziendale Consolidamento dell'attività di trapianto d'organo, con particolare riguardo alle attività di "procurement" d'organi ed ai consensi alla "donazione", anche attraverso programmi di formazione. Sviluppo delle attività trapiantologiche di midollo osseo.	**Risultato atteso** - Attivazione della donazione in almeno un caso giudicato idoneo, se disponibile; - Organizzazione di un evento formativo interno.
Attuazione al 31.12.2011 - Nel corso del 2011 nessun caso è stato ritenuto idoneo - Attivato evento formativo sul trapianto di cellule staminali in collaborazione con il dipartimento interaziendale di medicina trasfusionale di AOU TS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.8. Piano sangue	
Obiettivo aziendale Sicurezza ed appropriatezza dell' attività trasfusionale.	**Risultato atteso** Garanzia di raccordo tra il Dipartimento trasfusionale e la Direzione medica.
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso del 2011 si sono svolti diversi incontri tra il responsabile del Dipartimento ed il referente della Direzione medica, finalizzati a garantire modalità organizzative idonee ad assicurare la sicurezza ed appropriatezza dell'attività trasfusionale nel nuovo contesto istituzionale del servizio di medicina trasfusionale operante presso il Burlo Garofolo. Ad esito di tali incontri sono stati prodotti i seguenti documenti (agli atti): ricostituzione del Comitato per il buon uso del sangue dell'Istituto (decr. DG n. 233/2011 dd. 25.10.2011); partecipazione condivisa al programma di accreditamento del servizio di medicina trasfusionale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea 3.4.4.2 – Riabilitazione	
Obiettivo aziendale Predisposizione degli atti propedeutici a: - l'attivazione dei Dipartimenti di Riabilitazione in ogni Area Vasta per garantire il governo clinico della presa in carico e continuità assistenziale/riabilitativa ospedale-territorio - la definizione ed organizzazione delle attività di Hub e Spoke per l' alta specialità riabilitativa tra l' IMFR di Udine e i Dipartimenti di Riabilitazione di Area vasta - la presenza in ogni Area Vasta dell'offerta riabilitativa ad orientamento specialistico (cardiologica e pneumologica) raccordata con l'attività degli ospedali del territorio.	**Risultato atteso** Il referente dell'Istituto partecipa al/ai gruppi di lavoro regionali, per la condivisione di percorsi assistenziali e riabilitativi, specifici per l'area pediatrica, propri del mandato istituzionale assegnato al Burlo Garofolo (*) * Le attività riabilitative pediatriche sono erogate da SC Ortopedia e traumatologia, SC Terapia Intensiva neonatale, SC Clinica pediatrica (Fibrosi cistica), SC Oculistica (Ortottica).
Attuazione al 31.12.2011 Nessuna convocazione risulta essere avvenuta ai referenti dell'Istituto.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO NOTA: l'obiettivo è stato stralciato perché sono intervenute cause esterne.	

Linea 3.4.4.4.: Salute mentale	
Obiettivo aziendale Individuazione e sperimentazione di nuove strategie integrate di risposta da parte degli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici ed affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/ recovery).	**Risultato atteso** - Partecipazione del Referente dell'Istituto ai gruppi di lavoro territoriali; - Formalizzazione e sperimentazione di almeno un percorso diagnostico terapeutico e di presa in carico condivisa nell'ambito del disagio/sofferenza degli adolescenti.
Attuazione al 31.12.2011 - Il referente dell'Istituto o suoi delegati partecipano ai gruppi di lavoro convocati; - E' attualmente in sperimentazione un percorso organizzativo per il quale i distretti inviano all'Istituto IRCCS Burlo Garofolo i pazienti selezionati.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale Consolidamento della rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello).	**Risultato atteso** Partecipazione del Referente dell'Istituto al gruppo di lavoro ed alle attività della "Rete regionale di risposta ai disturbi del comportamento alimentare".
Attuazione al 31.12.2011 Il referente ha partecipato al gruppo di lavoro ed alle attività della "Rete regionale di risposta ai disturbi del comportamento alimentare".	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea 3.4.4.5 – Materno infantile	
Obiettivo aziendale Individuazione di percorsi assistenziali integrati per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica, atti a garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure nella fase di transizione tra l'età evolutiva e quella adulta.	**Risultato atteso** Definizione di un percorso assistenziale integrato per bambini affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica, con particolare riferimento alla fase di transizione dall'età evolutiva a quella adulta, con i relativi criteri/standard di qualità per presa in carico globale e continuità delle cure. Il modello definito viene sperimentato nell'ambito delle patologie croniche.

Attuazione al 31.12.2011

Sono stati:

- costituiti i gruppi di lavoro tra operatori specialistici pediatrici dell'Istituto ed operatori specialistici nell'ambito delle medicina dell'adulto di altre Aziende regionali (i gruppi si sono incontrati più volte nel corso del 2011 per tracciare le linee guida destinate ad essere accolte nei documenti finali);
- concordati protocolli condivisi relativi alla continuità delle cure per le malattie croniche pediatriche gastroenterologiche, reumatologiche e nefrologiche, diabete (agli atti).

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Stesura di un documento condiviso a livello regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.	Partecipazione del/i referenti dell'Istituto al 100% delle attività avviate dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali per la stesura del documento condiviso regionale sulle modalità di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Attuazione al 31.12.2011

Il referente dell'istituto ha partecipato al 100% delle attività organizzate dalla DCSISSePS.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Avvio di un programma regionale di screening uditivo neonatale.	Partecipazione alle attività del programma regionale di screening uditivo neonatale.

Attuazione al 31.12.2011

Si è garantita la partecipazione alle attività previste dal programma regionale.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.1 : Prescrizione elettronica

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Ulteriore diffusione della prescrizione elettronica da parte delle strutture erogatrici.	Prescrizione elettronica da parte di almeno il 50% delle strutture entro il 31/12/2011.

Attuazione al 31.12.2011

La prescrizione elettronica è attivata in 11 delle 15 strutture prescriventi dell'Istituto.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.2 : Firma digitale

Obiettivo aziendale	**Risultato atteso**
Prerequisito: adeguamento della strumento di visualizzazione al desktop. Estensione della firma digitale alla lettera di dimissione.	- Sperimentazione della firma digitale da parte di tutte le strutture ambulatoriali e di ricovero; - Almeno il 30% delle lettere di dimissione/referti ambulatoriali sono firmati digitalmente.

Attuazione al 31.12.2011

L'obiettivo è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO STRALCIATO

NOTA: il primo risultato atteso è stato stralciato perchè sono intervenute cause esterne, il secondo è stato stralciato come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Linea n. 3.4.5.3 : Privacy	
Obiettivo aziendale Garanzia al cittadino della possibilità di esprimere il consenso alla consultazione del singolo episodio sanitario. Semplificare ed uniformare l'utilizzo dei sistemi sanitari potenziando il controllo dell'accesso alle informazioni.	**Risultato atteso** - Sperimentazione del consenso, previa adeguamento del sistema; - Sperimentazione del nuovo applicativo per la gestione unitaria dei sistemi sanitari integrata con la gestione giuridica del personale, previa adeguamento del sistema.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.5 : Sistemi di accesso	
Obiettivo aziendale Completare la diffusione dell'Anagrafe Unica e del CUP.	**Risultato atteso** Avviare l'Anagrafe Unica ed il CUP Regionale nell'Area Triestina secondo la programmazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.8 : Qualità della cura **Linea n. 3.4.5.9 : Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza**	
Obiettivo aziendale Estensione dell'uso dei sistemi informatici clinici ad ambulatori e reparti.	**Risultato atteso** Almeno il 75% di ambulatori/reparti repertano utilizzando applicativi informatizzati.
Attuazione al 31.12.2011 15 ambulatori/reparti su 18 repertano utilizzando applicativi informatizzati.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.10 : PACS	
Obiettivo aziendale Mantenimento in efficienza del PACS aziendale.	**Risultato atteso** Mantenimento del PACS aziendale, in vista dell'integrazione con quello regionale secondo la programmazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011 Mantenimento consolidato.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.17 : Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale Rinnovo del sistema del personale.	**Risultato atteso** Implementazione del nuovo sistema "giuridico del personale". Nel 2011 l'IRCCS è disponibile a partecipare agli incontri preliminari di approfondimento. Avviamento previsto per il 2012.

Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stato stralciato su indicazione della DCSISSePS.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale Approvvigionamenti e logistica.	**Risultato atteso** Produzione di uno studio di fattibilità per l'ingresso nel Magazzino Centralizzato, da redigersi in accordo con il DSC.
Attuazione al 31.12.2011 Prodotto studio di fattibilità di Area Vasta, concordato con il DSC (prot. 14013/A Cl A/20 dd. 22.12.2011 agli atti.)	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 4.2: Il Programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale Progetti di interventi edili e impiantistici.	**Risultato atteso** Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali ulteriori risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011 Tutti i progetti di interventi edili e impiantistici che prevedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti sono corredati di una relazione illustrativa sanitaria e gestionale riportanti gli elementi richiesti dalla Regione.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA

IRCCS Burlo di Trieste

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2009		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.847,8	%	1.136,0	%	2.420,0	%
Progettazione in corso	679,4	36,8%	487,9	42,9%	2.185,5	90,3%
Progettazione conclusa	-	0,0%	21,4	1,9%	200,0	8,3%
Cantiere in corso	629,8	34,1%	213,6	18,8%	11,9	0,5%
Opera conclusa	538,6	29,1%	413,1	36,4%	22,6	0,9%
Totale	1.847,8	100,0%	1.136,0	100,0%	2.420,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					31.12.2010	31.12.2011
Interventi di messa in sicurezza antincendio	2011	1.900,0			-	37,1

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	630,0	630,0	630,0	*100%*
2007	590,0	590,0	590,0	*100%*
2008	121,0	121,0	121,0	*100%*
2009	2.071,8	1.545,1	1.690,2	*82%*
2010	819,4	186,2	755,7	*92%*
2011	1.000,0	-	655,9	*66%*

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa			
anno	*valore acquisito al 31 12 2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31 12 2011*	*quota annua di ammortamento*	*oneri maturati al 31.12.2011*	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
2006	183,6	42,8	306,7	38,3		
2007	816,1	190,3	209,8	26,2		
2008	336,7	121,0	611,6	79,0		
					487,11	2,48

Avanzamento degli acquisti di rilievo

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Liquido massa	Dip medicina e lab	2009	220,0	236,6	in corso	concluso
Sistema integrazione sala operatoria	Chirurgia pediatrica	2009	454,0	-	da avviare	in corso
Acquisti per progetto regionale PACS (C)		2010	40,0	42,2	da avviare	concluso
Arredi, attrezzaggio e interfacciamenti per PACS (C - quota integrativa)		2011	50,0	-	-	da avviare
Ecografo	Radiologia	2011	120,0	123,8	-	concluso

(importi espressi in migliaia di euro)

LINEE PROGETTIALI

Linea n. 3.1.1.1: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate (unica di area vasta).	**Risultato atteso:** Entro il 30 aprile per ognuna delle funzioni coordinate sarà definito un piano attuativo dettagliato nel rispetto delle disposizione delle Linee per la gestione 2011, dove saranno chiaramente definiti i tempi per il raggiungimento del risultato finale ed esplicate le modalità erogative e di coordinamento organizzativo.
Attuazione al 31.12.2011 Con nota prot. 25921/DG del 28.04.2011 l'ASS 6 ha trasmesso alla DCSISSePS i documenti relativi alle funzioni coordinate di Farmacia, Laboratorio e Trasfusionale. Con successiva nota prot. n. 40052/DG/ASS6 del 30.06.2011 è stato chiesto alla stessa Direzione Regionale di posticipare la scadenza per l'invio del piano complessivo delle funzioni coordinate di Anatomia Patologica, Farmacia, Laboratorio Analisi e trasfusionale.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	

Linea n. 3.1.3: Miglioramento dell'efficienza del sistema	
Obiettivo aziendale: Miglioramento dell'efficienza del sistema.	**Risultato atteso:** Entro il 30.04.2011 approvazione del Piano attuativo di area vasta che riporterà la tempistica di realizzazione dei progetti per la condivisione di percorsi nell'area amministrativa: - trattamento previdenziale, - acquisizione del personale - magazzino unico per farmaci e presidi sanitari - fiscalità - recupero crediti - controllo sulle esenzioni ticket.
Attuazione al 31.12.2011 Con nota prot. 11143/DG del 29.04.2011 l'ASS 6 ha trasmesso alla DCSISSePS il documento "Piano attuativo dell'area vasta pordenonese" elaborato congiuntamente dalle tre aziende dell'area vasta pordenonese , con nota prot. 36638/DGAOPN del 28.12.2011, le Aziende dell'AV PN hanno provveduto a trasmettere lo stato di attuazione della linea progettuale n. 3.1.3.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.1: Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa	
Obiettivo aziendale: Formulare il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa". Tale documento consiste in un organico e coordinato piano di interventi orientati al contenimento dei tempi di attesa. Indicherà pertanto i volumi prestazionali attesi, le azioni corredate da oggettivi indicatori di verifica, destinate ad agire sull'appropriatezza del consumo, sull'efficienza del sistema di produzione, sulla produttività delle risorse impiegate e sulle modalità	**Risultato atteso:** Il piano di produzione di area vasta definisce i seguenti elementi: a) - i volumi prestazionali che il CRO si impegna a garantire, con correlata previsione di posti in agenda, formulando piani di lavoro coerenti con la propria specificità e capacità produttiva in termini di ore di apertura e di calendari di erogazione programmati;

organizzative che garantiscono trasparenza ed equità nell'accesso. Il piano deve indicare inoltre le sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall'art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009 e le modalità ed i tempi di intervento che consentano un riorientamento dell'offerta a seguito del verificarsi imprevisto di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete. L'azienda ASS 6 ha inoltre il coordinamento del monitoraggio di area vasta sulla realizzazione del piano di produzione e il rispetto dei tempi di attesa. L'informazione ai cittadini dovrà avvenire in modo omogeneo in area vasta e in conformità a quanto previsto dall'art.13 della L.R. 7/2009.	- l'elenco delle sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall'art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009. I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico ed in più sedi di Area Vasta per le prestazioni di base; - le modalità e i tempi di intervento previsti dalle Aziende in caso di imprevisto o di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete di Area vasta; - il piano di informazione ai cittadini in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009; b) - l'eventuale superamento dei tempi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio comporta la penalizzazione per tutte le aziende appartenenti all'area vasta. Fatti salvi eventuali documentati aumenti dei volumi di erogazione della specifica prestazione superiori o eguali al 5% (rispetto al volume 2010).
Attuazione al 31.12.2011 Con nota prot. 20004/DG del 31/03/2011 l'ASS6 ha trasmesso alla DCSISSePS il piano di area vasta per il contenimento dei tempi articolato in: 1. prestazioni e valori soglia da monitorare e garantire 2. criteri di priorità 3. piano di produzione 4. monitoraggio 5. informazione ai cittadini 6. diritti in caso di superamento dei limiti di tempo 7. semplificazione delle prescrizioni specialistiche 8. sorveglianza sull'attività erogata in libera professione 9. sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa 10. interventi in caso di criticità impreviste.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.2: Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	
Obiettivo aziendale: Contribuire alla semplificazione delle prescrizioni specialistiche in Area Vasta come previsto dall'art. 9 della LR 7/2009.	**Risultato atteso**: Il Piano di produzione di Area Vasta individua e attua le misure organizzative per la semplificazione delle prescrizioni specialistiche.
Attuazione al 31.12.2011 Il regolamento di area vasta pordenonese è stato inviato formalmente alla DCSISSePS dalla Direzione Generale dell'ASS6 in data 29.09.2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.3: Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale.	
Obiettivo aziendale: Revisione delle agende secondo le indicazioni	**Risultato atteso:** Proseguimento della revisione delle agende, in

regionali.	particolare di quelle critiche, oggetto di monitoraggio regionale. In particolare le agende devono essere: - riformulate per attività prioritarie, programmata e di controllo; - non nominative.
Attuazione al 31.12.2011 Le agende relative alle prestazioni di visita cardiologica, ecografia addome superiore, inferiore e completo (con e senza contrasto) sono stratificate per livelli di priorità e sono accessibili da qualunque punto di prenotazione dell'Area vasta Pordenonese.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Strutturazione comune delle organizzazione dell'offerta e della prenotabilità centralizzata.	Avvio di una gestione integrata della offerta ambulatoriale a prenotazione centralizzata (CUP e CC).
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo di garantire la prenotazione centralizzata attraverso il sistema informativo CUP-WEB è stato declinato nelle schede di budget delle varie strutture operative come obiettivo correlato sia alla retribuzione di risultato della dirigenza e del comparto che alla valutazione individuale dei dirigenti. Tutte le strutture operative utilizzano le agende informatizzate.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Definizione delle modalità di prenotazione di prime visite e controlli e ritorni.	Avviare la distinzione in fase di prenotazione tra primi accessi, controlli e attività di ritorno.
Attuazione al 31.12.2011 Sono state avviate le attività propedeutiche, anche da un punto di vista informatico, per la distinzione in fase di prenotazione tra primi accessi, controlli e ritorni.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
Offerta a CUP delle prestazioni in ALP.	Mantenimento dell'offerta ALP a prenotazione centralizzata in sede CRO.
Attuazione al 31.12.2011 Vengono utilizzate sistematicamente le agende informatizzate per la libera professione e il monitoraggio delle prestazioni incassate/erogate negli ultimi due mesi del 2011 effettuato dal sistema g3 ha evidenziato un rapporto tra prenotato ed erogato superiore al 95%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.5: Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni.	
Obiettivo aziendale: Garantire al cittadino l'erogazione della prestazione in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nelle Strutture dell'Area Vasta.	**Risultato atteso:** L'accordo di area vasta esplicita il piano di produzione a garanzia del rispetto dei tempi di attesa critici e le procedure di intervento e compensazione economica interaziendale. Eventuali prescrizioni delle prestazioni soggette al rispetto dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. 26.03.2009 n. 7, senza l'esplicitazione del criterio di priorità, sono comunque vincolate all'erogazione entro 120 giorni.
Attuazione al 31.12.2011 Definito l'accordo di area vasta per recepimento delle prestazioni e del livello di priorità in cui è previsto il diritto del cittadino a ricorrere ad altra struttura, le modalità di informazione al cittadino dei TA e la procedura di riconoscimento e rilascio dell'attestazione di "Mancato rispetto dei TA"; Il documento è stato inviato formalmente alla DCSISSePS dalla Direzione Generale della ASS6 in data 15.04.2011 con prot. n. 23684/DG.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.1.6.: Libera professione	
Obiettivo aziendale: Definizione del rapporto Attività Libero Professionale (ALPI) vs Attività Istituzionale (AIST).	**Risultato atteso:** E' definito il piano aziendale della libera professione.
Attuazione al 31.12.2011 Con delibera del DG n. 202/2011 è stato formalizzato il piano aziendale dell'attività libera professionale intramuraria anno 2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Azioni sulla retribuzione di risultato per la riduzione dei TA coerentemente.	Avvio di iniziative in coordinamento con le indicazioni regionali per la riduzione dei TA nell'attività istituzionale attraverso modalità incentivanti e di razionalizzazione dell'offerta.
Attuazione al 31.12.2011 L'Istituto ha correlato gli obiettivi relativi al contenimento dei tempi di attesa di alcune prestazioni ambulatoriali di ricovero (trattamenti radianti, diagnostica pet/ct ed ecografica, incannulazione venosa centrale ed alcuni interventi chirurgici) alla retribuzione di risultato, alle risorse aggiuntive regionali vincolate e all'acquisto di prestazioni.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Modalità di controllo e previsione di interventi quando necessario.	Avvio di una rilevazione periodica sui volumi di attività ALPI per le prestazioni critiche in particolare al fine di valutare la coerenza tra volumi e TA delle prestazioni erogate in ALP e in AIST.
Attuazione al 31.12.2011 Anche nel 2011 è proseguito il monitoraggio mensile dei volumi dell'attività libero professionale intramoenia che si mantengono su valori compresi tra il 3% e il 4% di quelli istituzionali (documentati 12 report).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.1.7: Criteri di priorità.	
Obiettivo aziendale: Collaborare alla formulazione di criteri di priorità condivisi a livello regionale.	**Risultato atteso:** Partecipazione alle riunioni tecniche promosse dalla Regione.
Attuazione al 31.12.2011 Il CRO ha partecipato tramite un proprio referente ai tavoli regionali per la definizione dei criteri di priorità delle prestazioni di gastroenterologia.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Implementare le agende di prenotazione individuate e condivise in area vasta.	Implementazione delle agende con criteri di priorità in area vasta entro 4 mesi dalla emanazione dei criteri di priorità regionale.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazioni della DCSISSePS	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.2.9: Programmi di screening	
Obiettivo aziendale: Prosecuzione delle attività dei programmi di screening oncologici secondo indicazioni regionali: <u>Screening cervice uterina:</u> collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale.	**Risultato atteso:** revisione del 95% della casistica assegnata.
Attuazione al 31.12.2011 100% di revisione della casistica assegnata per i casi di tumore della cervice.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<u>Screening mammografico</u> 1. % prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 clinico o in APSYS con esito codificato (≥ 95%). 2. % donne con diagnosi dipartimentale (esito finale 2° livello) registrata nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello (≥ 90%).	**Risultato atteso:** ≥ 95% ≥ 90%
Attuazione al 31.12.2011 1. la percentuale di prestazioni di 2° livello registrate nei sistemi informativi è pari a: - 100% per le prestazioni di anatomia patologica - 94,51% per le prestazioni di radiologia. 2. l'obiettivo relativo alla % di donne con diagnosi dipartimentale registrate nel g2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello è stato raggiunto con la copertura pari al 89,3%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<u>Screening colon retto</u> % colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening compilati (≥ 95%).	**Risultato atteso:** ≥ 95%
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è raggiunto al 100%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.1: Accreditamento	
Obiettivo aziendale: Completamento delle procedure di accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private ambulatoriali, di degenza e residenziali secondo il programma iniziato nel 2010.	**Risultato atteso:** 1. Individuazione di un referente entro il 31/01/2011 per le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private; 2. Messa a disposizione dei professionisti valutatori formati ed individuazione di professionisti sanitari da formare a carico della regione per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private nella misura di almeno 20 per area vasta, con un impegno stimato di 5 giornate/anno.
Attuazione al 31.12.2011 1. Individuato referente aziendale. 2. L'obiettivo è stralciato su indicazioni della DCSISSePS	

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO.

NOTA: L'obiettivo è stralciato, come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011", solo per la parte che si riferisce al numero delle giornate stimate a causa del ritardo nell'approvazione della delibera DGR1436/2011.

Linea n. 3.4.3.2: Assistenza farmaceutica e AFIR	
Obiettivo aziendale: Continuità nei percorsi di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, acquisizione centralizzata, distribuzione diretta e monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici:	**Risultato atteso:**
- distribuzione diretta primo ciclo	- l'azienda da massimo sviluppo all'attività di distribuzione diretta e primo ciclo, secondo accordi da definirsi con le aziende per i servizi sanitari.
- prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto	- L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.
- incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva	- favorire attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva a livello ospedaliero (con particolare riferimento all'area oncologica, onco-ematologica) e la messa a regime della registrazione dei dati sul portale AIFA dedicato (100% dei pazienti).
- monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici	- L'azienda registra tempestivamente sul portale AIFA tutte le prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA (100% delle prescrizioni), inoltre individueranno formalmente i percorsi interni atti ad assicurare il recupero dei rimborsi secondo le procedure definite dall'AIFA e da quanto fissato dalla DCSISSePS con nota n. 18104-SPS-farm del 01/10/2010. - Oltre a tale adempimenti per i farmaci oncologici, sulla cartella oncologica dovrà essere riportato almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali.

Attuazione al 31.12.2011

<u>distribuzione diretta primo ciclo</u>

Con nota prot. n. 20970/DG del 29/12/2010 è stato comunicato a tutte le ASS della Regione il proseguimento da parte del CRO dell'attività di erogazione diretta dei farmaci per il primo ciclo dopo dimissione ospedaliera e visita ambulatoriale. Il servizio di distribuzione è stato garantito dalla Struttura di Farmacia per oltre 7 ore al giorno con continuità (nota prot. 9/2012 F).

<u>prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto</u>

Con riferimento agli indicatori di programmazione e controllo contenuti nella nota AIFA del 2010 per la razionalizzazione della spesa farmaceutica ai sensi dell'art. 7 del DL 78/2010, l'Istituto è nella seguente posizione:

- classe A02BC "inibitori di pompa protonica": totalmente convertiti a generico
- classi C09, C10AA, N06AB: non significativi in relazione allo specifico settore di attività curato dal CRO.

La valutazione annuale sull'incremento di utilizzo di farmaci bioequivalenti vs brad ha dimostrato che nel gruppo di "epoetine" il 92% delle dosi e l'84% in valore sono state prescritte utilizzando farmaci bioequivalenti e nel gruppo "filgrastim" il 99% delle dosi e il 99% in valore sono state prescritte utilizzando farmaci bioequivalenti (nota prot. 4/2012 F).

favorire attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva a livello ospedaliero (con particolare riferimento all'area oncologica, onco-ematologica)

Le attività di promozione dell'appropriatezza sono state implementate attraverso un costante monitoraggio delle chemioterapie infusionali correlate alla patologia oggetto di trattamento: il monitoraggio, effettuato nel corso del 2011 su tutti i pazienti con cartella CRO che hanno ricevuto almeno una chemioterapia infusionale, è stato oggetto di confronto continuo tra farmacisti e prescrittori (nota prot. 12/2012 F).

incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci oncologici

a) registrazione tempestiva in Onco-Aifa e attivazione dei percorsi per il recupero dei rimborsi

L'obiettivo di "garantire la registrazione nel portale AIFA del 100% delle prescrizioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA" è stato declinato nelle schede di budget delle singole strutture operative come obiettivo correlato alla valutazione individuale dei dirigenti. Il servizio di farmacia interno all'Istituto ha attivato un meccanismo di monitoraggio in grado di individuare le eventuali difformità di comportamento rispetto all'atteso. I risultati hanno evidenziato una percentuale di inserimento del 100% per le strutture di Oncologia Medica C e Radioterapia, mentre per le Oncologie Mediche A e B sono necessari ulteriori interventi per migliorare l'accuratezza della registrazione.

L'attivazione del buffer di magazzino DSC a partire dal mese di marzo ha determinato una separazione tra la figura del prescrittore (CRO) e la figura dell'acquirente (DSC) rendendo impossibile l'applicazione delle procedure AIFA di recupero dei rimborsi da parte dell'Istituto. Per questo motivo si è reso necessario ridefinire il percorso per il recupero dei rimborsi (trasmesso al DSC e alla DCSISSePS con nota prot. 19852/DA del 21/11/2011).

Per i farmaci acquistati direttamente dalle aziende farmaceutiche sono state attuate le consuete procedure di richiesta di rimborso.

b) cartella oncologica informatizzata

L'obiettivo di "inserimento nella cartella oncologica informatizzata del 100% delle informazioni essenziali per il 95% dei pazienti" è stato declinato nelle schede di budget come obiettivo correlato alla retribuzione di risultato e alla valutazione individuale dei dirigenti delle singole strutture di oncologia. Il monitoraggio da parte della DCSISSePS ha evidenziato un raggiungimento del 92,40%.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.3.3: Sicurezza e governo clinico	
Obiettivo aziendale: Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza.	**Risultato atteso:** Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati.
Attuazione al 31/12/2011 Documento trasmesso con nota prot. n. 5918 del 13 aprile 2011 (termine prorogato al 15 aprile con prot. 6527/SPS/ASAN del 25/03/2011).	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Trasmissione alla DCSISSePS, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso.
Attuazione al 31.12.2011 Invio del documento con nota prot. 18420/DG del 29/11/2011.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezione correlate all'assistenza.	Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezione correlate all'assistenza, secondo le modalità che saranno emanate dalla DCSISSePS.
Attuazione al 31.12.2011 Nelle giornate dal 18 al 25 ottobre 2011, il CRO ha partecipato alla prima Point Prevalence Survey (PPS) con la metodologia indicata dallo studio europeo.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.4: Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale:	**Risultato atteso:**
Utilizzo della procedura informatica per la prescrizione delle protesi mammarie	Nel corso del 2011 verrà utilizzata la prescrizione elettronica per tutte le protesi mammarie da parte del personale abilitato.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazioni della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011"	

Linea n. 3.4.3.5: Cure palliative	
Obiettivo aziendale: Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regione, e modalità operative di documentazione: (ex art 7 L. n. 38/10) Obbligo di riportare in cartella infermieristica, medica, anche integrata laddove presente in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (ospedali, RSA, Hospice). Tale registrazione deve comprendere le caratteristiche del dolore, la terapia antalgica, i farmaci utilizzati ed i dosaggi, il risultato antalgico.	**Risultato atteso:** - Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Terapia antalgica (prescrizione e somministrazione) almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi.
Attuazione al 31.12.2011 Le rilevazioni effettuate dimostrano un trend di miglioramento nel corso dell'anno con raggiungimento dell'obiettivo: 1. Rilevazione dolore all'ingresso in Istituto: 1° semestre 2011 92,54% 2° semestre 2011 97,81%. 2. Ulteriori rilevazioni del dolore: 1° semestre 2011 92,54% 2° semestre 2011 99,70%	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Implementazione del personale formato in tema cure palliative e terapia del dolore.	**Risultato atteso:** Effettuazione a livello di area vasta di almeno un progetto di formazione sulla terapia antalgica e cure palliative.
Attuazione al 31.12.2011 A livello di area vasta è stata effettuata una edizione di un corso educazionale rivolto al personale operante in ambito di assistenza domiciliare. Tale corso si è svolto nelle date del 22 e 24 novembre 2011 presso la sede del Distretto Sanitario Sud della ASS6 in Azzano X°.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: Partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione.	**Risultato atteso:** Rapporto semestrale completo di tutti gli indicatori sia qualitativi che quantitativi previsti.
Attuazione al 31.12.2011 Nel mese di luglio 2011 sono stati forniti i dati richiesti dal Ministero della salute attraverso una indagine eseguita da un nucleo di Carabinieri dei NAS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.6: Rete oncologica	
Obiettivo aziendale: Partecipazione al 100% delle attività promosse dalla DCSISSePS.	**Risultato atteso:** Produzione del documento tecnico che sarà propedeutico alla stesura del 2° Piano regionale delle malattie oncologiche.
Attuazione al 31.12.2011 Il referente aziendale ha partecipato a tutte le riunioni organizzate dalla DCSISSPS e ha collaborato attivamente alla stesura del documento.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.7 : Trapianti e attività del CRT	
Obiettivo aziendale: Attività di procurement di tessuto corneale.	**Risultato atteso:** Definizione fattibilità del reclutamento tenuto conto: - del limitato numero di decessi (70/80 anno) - delle particolari condizioni dei pazienti deceduti - della mancanza dell'oculista in sede.
Attuazione al 31.12.2011 Il Coordinatore di Direzione Sanitaria CRO ha definito la procedura di donazione di cornee.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.3.8: Piano sangue regionale	
Obiettivo aziendale: contributo al mantenimento dell'autosufficienza regionale in sangue, plasma ed emoderivati.	**Risultato atteso:** mantenimento dei livelli del 2010 con un margine di tolleranza del ± 5%.
Attuazione al 31.12.2011 Nel corso del 2011 si è registrato, rispetto al 2010, un lieve calo (inferiore al 3%) dei prodotti trasfusionali dovuto alle problematiche legate al West Nile Virus e Trali che hanno obbligato a scartare momentaneamente alcuni donatori.	

VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: monitoraggio dell'applicazione della procedura per la sicurezza della trasfusione in sede aziendale.	**Risultato atteso:** compilazione della check-list di monitoraggio della procedura in almeno il 90% dei casi di trasfusione.
Attuazione al 31.12.2011 Il monitoraggio eseguito su tutte le trasfusioni evidenzia un risultato pari al 97,63% di check list compilate.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: sorveglianza della appropriatezza e sicurezza della trasfusione.	**Risultato atteso:** raccolta e diffusione dei dati di appropriatezza e sicurezza.
Attuazione al 31.12.2011 I dati di sicurezza ed appropriatezza della trasfusione vengono comunicati a tutte le SS.OO. con cadenza trimestrale attraverso la Relazione sulla Sicurezza del paziente.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.4.1: Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
Obiettivo aziendale: Collaborazione in ambito di area vasta al miglioramento della presa in carico del paziente con patologie cronico degenerative.	**Risultato atteso:** - Revisione dell'attività di assistenza domiciliare per pazienti HIV, già in essere; - Prosecuzione attività assistenziale domiciliare a pazienti oncologici; - Prosecuzione assistenza terapia antalgica per l'Hospice ASS 6; - Partecipazione all'avvio della rete di cure palliative pediatriche.
Attuazione al 31.12.2011 <u>Revisione dell'attività di assistenza domiciliare per pazienti HIV, già in essere</u> E' stata confermata la procedura per l'attivazione dell'assistenza domiciliare in pazienti con HIV/AIDS (nota prot. 36/Dip.OM del 29/12/2011). <u>Prosecuzione attività assistenziale domiciliare a pazienti oncologici</u> Il documento di area vasta relativo al "paziente con malattie cronico-degenerative" contenente analisi del problema e proposte sostenibili è stato trasmesso alla DCSISSePS con nota prot n.40014/DG dell' ASS 6 del 30/06/2011. Il documento contenente lo stato di avanzamento e di realizzazione delle soluzioni proposte è stato trasmesso con nota prot. 72127/DG della ASS 6 in data 30/12/2011. <u>Prosecuzione assistenza terapia antalgica per l'Hospice ASS 6</u> Nel corso del 2011 è proseguita la collaborazione interaziendale CRO ASS6 per le cure palliative e la terapia del dolore domiciliare. Sono state attivate cure specialistiche domiciliari per un numero di pazienti oncologici pari 25 in area distretto ovest e 9 in altri distretti dell'area vasta. Per questi ultimi l'attivazione è stata giustificata dalla complessità dei problemi presentati e tutte le consulenze sono state eseguite dal Responsabile della S.O.S. Terapia del Dolore e Cure Palliative dell'Istituto. Sono state altresì richieste attivazioni di assistenza domiciliare specialistica in area vasta per 5 pazienti con diagnosi non oncologica (malattie degenerative neurologiche, osteoarticolari e vascolari). E' stato sempre mantenuto un tempo di attesa tra la richiesta e la attivazione del programma assistenziale specialistico inferiore a 3 giorni . Dal mese di luglio è stato avviato un nuovo protocollo per il reperimento degli accessi venosi ai pazienti in cure palliative ricoverati in hospice o a domicilio. Questo è stato possibile grazie alla donazione alla ASS6 da parte della "Associazione Amici dell'Hospice S.Vito", di un ecografo dedicato al reperimento degli accessi venosi vascolari centrali e periferici. La ASS6 ha acquisito poi i materiali di uso e il responsabile della S.O.S. Terapia del Dolore e Cure Palliative dell'Istituto ha effettuato le consulenze per gli impianti. Questa modalità innovativa, a	

bassa invasività, bassa traumaticità e ideale per essere eseguita al letto del paziente fragile, ha evitato i trasferimenti tramite ambulanza al CRO, ove è attivo l'ambulatorio dedicato. Nel corso del 2011 sono stati eseguiti presso l'hospice 9 impianti di catetere venoso centrale e 6 impianti di catetere venoso periferico. A domicilio sono stati eseguiti 2 impianti di catetere venoso centrale e 7 di catetere venoso periferico.

Partecipazione all'avvio della rete di cure palliative pediatriche.

Il responsabile della struttura terapia del dolore e cure palliative ha partecipato agli incontri del gruppo di lavoro regionale per la stesura di un progetto di assistenza e cure palliative pediatriche. Nell'ambito della area vasta è stata assicurata la disponibilità a partecipare ai progetti assistenziali ai pazienti pediatrici per la parte di competenza CRO, relativa alla terapia del dolore e alla gestione delle terapie di supporto nutrizionali.

VALUTAZIONE DCSISSEPS

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.1: Prescrizione elettronica	
Obiettivo aziendale: Prosecuzione nella diffusione della prescrizione elettronica in tutte le strutture erogatrici.	**Risultato atteso:** Tutte le strutture ambulatoriali e di ricovero sperimentano la prescrizione elettronica. Almeno il 50% dell'attività prescrittiva è digitale dal 1 giugno 2011.
Attuazione al 31.12.2011 Tutte le strutture che svolgono attività ambulatoriale utilizzano il sistema di prescrizione elettronica delle prestazioni specialistiche. Complessivamente nel 2011 sono state emesse 41.537 prescrizioni elettroniche di prestazioni ambulatoriali: 11.903 nel periodo gennaio-maggio 2011 29.634 nel periodo giugno-dicembre 2011 (dati forniti da Insiel). Per il calcolo dell'indicatore è stata considerata la base dati del Sistema per il Monitoraggio della Spesa Sanitaria, unica fonte disponibile in azienda per l'evidenza del numero di ricette emesse dagli specialisti CRO. Nel periodo giugno-dicembre 2011 il rapporto tra il numero di ricette elettroniche e il numero complessivo di ricette è superiore al 50%.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n 3.4.5.2: Firma digitale	
Obiettivo aziendale: Estendere l'utilizzo della firma digitale alla lettera di dimissione.	**Risultato atteso:** Almeno il 30% delle strutture di ricovero firma digitalmente la lettera di dimissione dal 1 giugno 2011 a condizione che venga garantita la conservazione sostitutiva legale del documenti.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazioni della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.5.8: Qualità della cura **Linea n. 3.4.5.9: Sistemi per la gestione ambulatoriale e di degenza**	
Obiettivo aziendale: Estendere l'uso di sistemi informatici a tutti gli ambulatori e a tutti i reparti.	**Risultato atteso:** almeno il 60% degli ambulatori/reparti referta utilizzando applicativi informatizzati.
Attuazione al 31.12.2011 - Nel corso del 2011 è stato esteso l'utilizzo del g2 clinico in modalità di refertazione a tutte le strutture che svolgono attività ambulatoriale. Inoltre, per tutte queste strutture è stato attivato il ritorno dell'erogato.	

- Per le strutture di laboratorio che utilizzano il DNLab è stata attivata la funzionalità in G3-DNLab di passaggio in erogato degli esami effettivamente eseguiti. - Per la struttura di anatomia patologica è stato avviato il sistema di refertazione vocale.
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO

Linea n. 3.4.5.10: PACS	
Obiettivo aziendale: Attivazione del sistema PACS aziendale, in coerenza con il crono programma di progetto.	**Risultato atteso:** - Provvedere alla realizzazione delle precondizioni logistico/infrastrutturali ed impiantistiche - In coerenza con il cronoprogramma del progetto regionale e per quanto di competenza, garantire ogni collaborazione al gruppo di progetto DSC e ogni supporto necessario nella fase di installazione del sistema PACS aziendale e favorire le fasi di avvio e di messa a regime del sistema stesso.
Attuazione al 31.12.2011 In linea con il cronoprogramma regionale il sistema PACS è stato attivato in radiologia e in medicina nucleare.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 3.4.5.17: Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale: Rinnovare il sistema del personale.	**Risultato atteso:** Implementazione del nuovo sistema "giuridico del personale" secondo pianificazione regionale.
Attuazione al 31.12.2011 L'obiettivo è stralciato su indicazioni della DCSISSePS.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO STRALCIATO come da documento Prot.N. 7398/P della DCSISSePS del 17/04/12 "Direttive, criteri, modalità ed elemento economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2011".	

Linea n. 3.4.6: Programma delle attività centralizzate	
Obiettivo aziendale: Approvvigionamenti e logistica.	**Risultato atteso:** Entro un mese dall'attivazione del buffer, tutte le aziende dell'area vasta entrano nel magazzino centralizzato con tutte le categorie merceologiche.
Attuazione al 31.12.2011 Alla fine di marzo è stata resa disponibile la release del programma "magazzino di reparto" per la gestione dei prodotti "non a scorta" da parte del DSC attraverso il magazzino centralizzato. Con nota prot. 11143/DG del 29.04.2011 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali il documento "Programma delle attività centralizzate – magazzino unico per farmaci e presidi sanitari" elaborato congiuntamente dalle tre aziende dell'area vasta pordenonese, con nota prot. 36638/DGAOPN, le Aziende dell'AV PN hanno provveduto a trasmettere lo stato di attuazione della linea progettuale n. 3.4.6.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Linea n. 4.2: Il programma degli investimenti	
Obiettivo aziendale: Progetti di interventi edili ed impiantistici.	**Risultato atteso:** Tutti i progetti di interventi edili ed impiantistici che prevvedano lavori di realizzazione di nuovi spazi/attività o di riorganizzazione funzionale degli spazi/attività esistenti devono essere corredati di una

	relazione illustrativa sanitaria e gestionale, che descriva le motivazioni sanitarie delle scelte progettuali, le ricadute di tali scelte in termini di costi di gestione, di personale, di logistica, di trasferimenti di attività, di eventuali opere propedeutiche/accessorie, etc. e la previsione di eventuali risorse necessarie per l'arredo e l'attrezzaggio degli spazi oggetto di intervento ai fini della loro attivazione/utilizzo.
Attuazione al 31.12.2011 Tutti i lavori realizzati sono stati svolti nell'ambito di progetti già approvati e non si è dato corso a ristrutturazioni funzionali.	
VALUTAZIONE DCSISSEPS OBIETTIVO RAGGIUNTO	

GLI INVESTIMENTI NELL'AZIENDA

IRCCS CRO di Aviano

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani degli investimenti edili-impiantistici

	Piano 2005				Piano 2006		Piano 2007	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse statali		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	130,0	%	1.642,9	%	1.742,9	%	150,0	%
Progettazione in corso	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Cantiere in corso	-	0,0%	1.642,9	1263,8%	1.642,9	94,3%	-	0,0%
Opera conclusa	130,0	100,0%	-	0,0%	100,0	5,7%	150,0	100,0%
Totale	130,0	100,0%	1.642,9	1263,8%	1.742,9	100,0%	150,0	100,0%

	Piano 2009		Piano 2010	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	10.993,1	%	1.101,0	%
Progettazione in corso	1.360,0	12,4%	1.050,0	95,4%
Progettazione conclusa	7.450,0	67,8%	-	0,0%
Cantiere in corso	1.757,1	16,0%	-	0,0%
Opera conclusa	426,0	3,9%	51,0	4,6%
Totale	10.993,1	100,0%	1.101,0	100,0%

Stato di avanzamento degli interventi edili-impiantistici di rilievo

Intervento	Risorse	Importo	Inizio lavori	Fine lavori	Stato di attuazione	
					31.12.2010	31.12.2011
Riorganizzazione e completamento del fabbricato blocco degenze con adeguamento normativo e ristrutturazione del fabbricato centrale impianti (compreso adeguamento antisismico)	fondi statali	14.513,2	mar 2008	mag 2013	82%	82%

Stato di attuazione al 31.12.2011 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature

Acquisti finanziati in conto capitale:

anno	*importo di piano*	*di cui acquistato al 31.12.2010*	*di cui acquistato al 31.12.2011*	*% sul totale*
2006	-	-	-	-
2007	4.480,6	3.976,2	4.154,5	93%
2008	900,0	-		0%
2009	11.385,8	1.871,7	3.468,5	30%
2010	585,0	62,3	584,8	100%
2011	1.600,0	-	567,2	35%

Acquisizioni in leasing o mediante liquidità di cassa:

	leasing		liq. cassa	
anno	*valore acquisito al 31 12 2011*	*canone annuale*	*valore acquisito al 31 12 2011*	*quota annua di ammortamento*
2006	454,4	157,8	43,3	51,5
2007	780,7	113,6	468,0	51,8
2008	91,7	36,4	192,1	20,9
2009	310,3	57,5		

oneri maturati al 31.12.2011	*riscatti finali maturati al 31.12.2011*
404,43	1,98

Avanzamento degli acquisti di rilievo:

Descrizione Attrezzatura	Struttura operativa/ Area funzionale	Piano	Importo di piano (in k€)	Importo di acquisto (in k€)	Avanzamento al 31.12.2010	Avanzamento al 31.12.2011
Risonanza magnetica nucleare	Radiologia	2006	1.760,0	-	non avviato	in corso
Banca biologica (congelatori, sistema gestione azoto liquido)	Laboratori ricerca	2007	250,0	195,5	concluso	in corso
Generatori di vapore centrale termica		2007	261,0	-	non avviato	non avviato
Apparecchiature PCR per sequenziamento (Genomica)	OS1	2010	500,0	-	non avviato	concluso
PET 3D	Med nucleare	2011		-	-	in corso
Attrezzature informatiche		2011	130,0	-	-	concluso
Attrezzature varie di laboratorio	Microbio e Anatomia	2011	120,0	-	-	non avviato
Arredi sanitari, per ufficio e per laboratorio		2011	150,0	-	-	concluso

(importi espressi in migliaia di euro)

3. DATI DI SINTESI

3.1 ATTIVITÀ SANITARIE

3.1.2Assistenza Sanitaria di base al 31.12.2011

Azienda	Tipologia di medico	n. medici	assistiti per classi di età[(a)]				totale assistenza sanitaria di base	
			0-13	14-64	65-W	Totale	MMG + PLS	tot. assistiti
ASS 1	MMG	207	2.133	143.485	65.571	211.189	229	233.261
	PLS	22	21.963	109	-	22.072		
ASS 2	MMG	107	2.730	87.251	35.528	125.509	121	138.633
	PLS	14	13.090	34	-	13.124		
ASS 3	MMG	65	2.074	45.656	17.677	65.407	71	70.934
	PLS	6	5.484	43	-	5.527		
ASS 4	MMG	281	6.945	225.765	82.880	315.590	316	348.724
	PLS	35	33.093	41	-	33.134		
ASS 5	MMG	88	3.190	71.122	25.758	100.070	98	109.543
	PLS	10	9.458	15	-	9.473		
ASS 6	MMG	222	6.046	202.457	66.130	274.633	257	309.477
	PLS	35	34.772	72	-	34.844		
Totale FVG	**MMG**	**970**	**23.118**	**775.736**	**293.544**	**1.092.398**	**1.092**	**1.210.572**
	PLS	**122**	**117.860**	**314**	**-**	**118.174**		

(a) assistiti al 31.12.2011

3.1.3 Copertura dell'assistenza

Azienda	Assistenza sanitaria di base				Pediatri di libera scelta			
	assistiti	residenti	differenza	diff %	assistiti	residenti 0-13 aa	differenza	diff %
ASS 1	211.189	239.774	-28.585	-11,9%	22.072	24.396	-2.324	-9,5%
ASS 2	125.509	142.360	-16.851	-11,8%	13.124	15.995	-2.871	-17,9%
ASS 3	65.407	73.535	-8.128	-11,1%	5.527	7.788	-2.261	-29,0%
ASS 4	315.590	354.974	-39.384	-11,1%	33.134	40.890	-7.756	-19,0%
ASS 5	100.070	112.976	-12.906	-11,4%	9.473	13.053	-3.580	-27,4%
ASS 6	274.633	315.309	-40.676	-12,9%	34.844	40.312	-5.468	-13,6%
Totale FVG	**1.092.398**	**1.238.928**	**-146.530**	**-11,8%**	**118.174**	**142.434**	**-24.260**	**-17,0%**

residenti al 31/12/2010

3.1.4 Totale dimissioni dei residenti in RSA

	posti letto 31/12/2010	posti letto 31/12/2011	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %	Copertura assistenziale (%) >64 anni	
						2010	2011
A.S.S. N.1 Triestina	229	229	2.781	2.688	-3,3%	42,7	41,3
A.S.S. N.2 Isontina	100	100	1.170	1.112	-5,0%	33,3	31,6
A.S.S. N.3 Alto Friuli	41	53	677	796	17,6%	38,4	45,2
A.S.S. N.4 Medio Friuli	192	192	2.441	2.389	-2,1%	30,1	29,5
A.S.S. N.5 Bassa Friulana	50	42	636	649	2,0%	25,0	25,6
A.S.S. N.6 Friuli Occidentale	159	159	1.831	1.797	-1,9%	28,4	27,9
TOTALE FVG	**771**	**775**	**9.536**	**9.431**	**-1,1%**	**33,0**	**32,7**

3.1.5 Giornate di degenza dei residenti in RSA

(degenza calcolata sulla base dei presenti nelle Strutture durante il periodo considerato)

	posti letto 31/12/2010	posti letto 31/12/2011	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %
A.S.S. N.1 Triestina	229	229	80.425	81.273	1,1%
A.S.S. N.2 Isontina	100	100	34.882	32.375	-7,2%
A.S.S. N.3 Alto Friuli	41	53	13.260	16.458	24,1%
A.S.S. N.4 Medio Friuli	192	192	63.366	62.550	-1,3%
A.S.S. N.5 Bassa Friulana	50	42	13.560	14.262	5,2%
A.S.S. N.6 Friuli Occidentale	159	159	46.553	46.472	-0,2%
TOTALE FVG	**771**	**775**	**252.046**	**253.390**	**0,5%**

3.1.6 Totale dimissioni da Hospice

	posti letto 31/12/2010	posti letto 31/12/2011	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %
A.S.S. N.1 Triestina	20	20	350	389	11,1%
A.S.S. N.2 Isontina	10	10	163	138	-15,3%
A.S.S. N.3 Alto Friuli	6	6	21	62	195,2%
A.S.S. N.4 Medio Friuli	15	15	22	112	409,1%
A.S.S. N.5 Bassa Friulana	6	11	85	102	20,0%
A.S.S. N.6 Friuli Occidentale	10	10	204	206	1,0%
Totale FVG	**67**	**72**	**845**	**1.009**	**19,4%**

3.1.7 Giornate di degenza in Hospice

	posti letto 31/12/2010	posti letto 31/12/2011	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %
A.S.S. N.1 Triestina	20	20	5.945	5.336	-10,2%
A.S.S. N.2 Isontina	10	10	3.059	3.272	7,0%
A.S.S. N.3 Alto Friuli	6	6	423	783	85,1%
A.S.S. N.4 Medio Friuli	15	15	338	2.768	718,9%
A.S.S. N.5 Bassa Friulana	6	11	1.880	2.537	34,9%
A.S.S. N.6 Friuli Occidentale	10	10	2.479	2.715	9,5%
Totale FVG	**49**	**72**	**14.124**	**17.411**	**23,3%**

3.1.8 - Servizio infermieristico domiciliare (SID)

Utenti trattati

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Differenza %	Copertura assistenziale (%) >64 anni	
				2010	2011
A.S.S. 1	8.235	7.687	-6,7%	11,2	10,4
A.S.S. 2	3.014	2.795	-7,3%	7,7	7,2
A.S.S. 3	2.678	2.755	2,9%	13,3	13,8
A.S.S. 4	8.798	9.148	4,0%	9,4	9,8
A.S.S. 5	4.545	4.451	-2,1%	15,6	15,4
A.S.S. 6	7.789	7.853	0,8%	10,8	10,8
	35.059	**34.689**	**-1,1%**	**10,7**	**10,6**

Accessi

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Differenza %
A.S.S. 1	130.071	118.523	-8,9%
A.S.S. 2	41.551	38.043	-8,4%
A.S.S. 3	42.609	43.594	2,3%
A.S.S. 4	165.297	174.065	5,3%
A.S.S. 5	70.331	73.208	4,1%
A.S.S. 6	115.637	121.675	5,2%
	565.496	**569.108**	**0,6%**

3.1.9 - Servizio riabilitativo domiciliare

Utenti trattati

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Differenza %	Copertura assistenziale (%) >64 anni	
				2010	2011
A.S.S. 1	2.264	2.318	2,4%	2,7	2,9
A.S.S. 2	845	1.001	18,5%	2,2	2,6
A.S.S. 3	1.017	1.041	2,4%	5,0	5,0
A.S.S. 4	3.569	3.573	0,1%	3,9	3,9
A.S.S. 5	1.159	1.258	8,5%	4,1	4,5
A.S.S. 6	2.592	2.742	5,8%	3,6	3,8
TOTALE FVG	**11.446**	**11.933**	**4,3%**	**3,4**	**3,6**

Accessi

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Differenza %
A.S.S. 1	12.061	10.200	-15,4%
A.S.S. 2	4.327	4.015	-7,2%
A.S.S. 3	5.590	5.765	3,1%
A.S.S. 4	16.954	16.102	-5,0%
A.S.S. 5	6.099	5.956	-2,3%
A.S.S. 6	8.568	8.952	4,5%
Totale FVG	**53.599**	**50.990**	**-4,9%**

3.1.10 Numero di accessi in Pronto Soccorso

		Gen-Dic 2011	Gen-Dic 2010	%
ASS1 C.P.C.	P.S. Maggiore	5.390	5.344	0,86%
ASS2	P.S. Gorizia	22.595	23.640	-4,42%
	P.S. Grado	3.818	3.815	0,08%
	P.S. Monfalcone	27.999	26.755	4,65%
ASS3	P.S. Gemona	16.132	15.826	1,93%
	P.S. Tolmezzo	17.174	17.495	-1,83%
ASS4	P.S. San Daniele	29.688	29.485	0,69%
ASS5	P.S. Latisana	25.097	22.726	10,43%
	P.S. Lignano	4.161	4.192	-0,74%
	P.S. Palmanova	24.695	24.420	1,13%
AO.PN*	P.S. Maniago	5.939	6.611	-10,16%
	P.S. Pediatrico	12.000	11.222	6,93%
	P.S. Pordenone	54.139	54.583	-0,81%
	P.S. Sacile	5.084	6.847	-25,75%
	P.S. San Vito	21.498	21.870	-1,70%
	P.S. Spilimbergo	10.192	9.728	4,77%
AOU.TS	P.S. Maggiore	23.336	25.457	-8,33%
	P.S. Cattinara	47.915	49.222	-2,66%
AOU.UD	P.S. Cividale	11.245	10.980	2,41%
	P.S. Pediatrico Pol. Universitario	15.673	16.419	-4,54%
	P.S. Udine	60.862	63.759	-4,54%
BURLO	P.S. Burlo Garofolo	21.187	21.219	-0,15%
	Totale FVG	**465.819**	**471.615**	**-1,23%**

Dal 1° gennaio 2011, conformemente alle previsioni del PSSR 2010-2012, gli ospedali di rete e le funzioni ospedaliere degli ospedali ex art. 21 della provincia di Pordenone afferiscono all'Azienda ospedaliera S.M. degli Angeli di Pordenone

3.1.11 - Numero di accessi in Pronto soccorso per codice colore di Urgenza

	Gen-Dic 2011	Gen-Dic 2010	%	% su accessi 2010 (gen-dic)	% su accessi 2011 (gen-dic)
Bianco	197.032	213.252	-8,2%	45,2%	42,3%
Verde	198.632	191.708	3,5%	40,6%	42,6%
Giallo	62.896	59.108	6,0%	12,5%	13,5%
Rosso	7.227	7.522	-4,1%	1,6%	1,6%
Blu e Nero	32	25	21,9%	0,0%	0,0%
Totale FVG	**465819**	**471615**	**-1,2%**	**100%**	**100%**

3.1.12 Totale dimissioni dei Residenti

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %	Tasso 2010	Tasso 2011	extra-regione (dati 2010)	totale dimissioni 2010	Tasso di ospedalizzazione 2010
ASS 1 Triestina	37.453	37.284	-0,5%	156,2	155,5	2.206	39.659	165,4
ASS 2 Isontina	22.214	21.190	-4,6%	156,0	148,8	1.567	23.781	167,0
ASS 3 Alto Friuli	10.707	10.413	-2,7%	145,6	141,6	709	11.416	155,2
ASS 4 Medio Friuli	51.685	50.775	-1,8%	145,6	143,0	3.336	55.021	155,0
ASS 5 Bassa Friulana	15.886	15.198	-4,3%	140,6	134,5	1.522	17.408	154,1
ASS 6 Friuli Occidentale	42.918	42.097	-1,9%	136,1	133,5	5.327	48.245	153,0
Totale REGIONE FVG	**180.863**	**176.957**	**-2,2%**	**146,0**	**142,8**	**14.667**	**195.530**	**157,8**

3.1.13 Totale residenti per modalità di risposta assistenziale ospedaliera

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %
Ricovero Ordinario Medico	71209	70491	-1,0%
Ricovero Ordinario Chirurgico	41252	40047	-2,9%
Day Care Medico	55606	55454	-0,3%
DH Medico (include chemioterapia)	16927	16194	-4,3%
Ricovero Ordinario DRG Medico 0-1 gg	5507	5447	-1,1%
Chemioterapia Ambulatoriale	33172	33813	1,9%
Day Care Chirurgico	53853	54443	1,1%
DH Chirurgico Totale (include cataratta e tunnel carpale)	26889	25978	-3,4%
Ricovero Ordinario DRG Chirurgico 0-1 gg	13041	12507	-4,1%
Cataratta Ambulatoriale	11544	13330	15,5%
Tunnel Carpale Ambulatoriale	2379	2628	10,5%
Ricovero Protratto (Riabilitativo o di Post-Acuzie)	3522	3769	7,0%
DRG maldefiniti e del neonato	2516	2524	0,3%
TOTALE FVG	**227958**	**226728**	**-0,5%**

3.1.14 Tassi di ospedalizzazione dei residenti in ospedali pubblici e privati intra ed extra regionali

Azienda	Popolazione al 31/12/2010	Dimessi 2011 da Osp. Reg.li [a]	Tasso grezzo di ospedalizzazione [b]
ASS 1 Triestina	239.774	38.559	160,81
ASS 2 Isontina	142.360	22.046	154,86
ASS 3 Alto Friuli	73.535	10.828	147,25
ASS 4 Medio Friuli	354.974	53.002	149,31
ASS 5 Bassa Friulana	112.976	15.924	140,95
ASS 6 Friuli Occidentale	315.309	44.280	140,43
Totale FVG	**1.238.928**	**184.639**	**149,03**

a) Sono esclusi i paganti in proprio

b) Il tasso di ospedalizzazione è calcolato senza considerare la fuga extraregionale

3.1.15 Tasso grezzo di ospedalizzazione dei residenti in ospedali pubblici e privati intra ed extraregionali
(ricoveri per mille abitanti)

Azienda	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (a)
ASS 1 Triestina	261,0	216,0	205,2	193,6	187,2	179,8	178,9	173,9	169,8	167,1	165,3
ASS 2 Isontina	212,5	167,1	166,2	161,6	159,1	160,2	159,7	160,0	165,8	163,6	166,9
ASS 3 Alto Friuli	192,7	162,6	162,4	155,9	157,6	154,6	155,9	151,7	153,5	150,3	155,2
ASS 4 Medio Friuli	196,3	177,0	172,4	163,7	160,7	159,8	159,8	160,6	160,9	159,1	154,9
ASS 5 Bassa Friulana	203,8	168,2	162,4	156,2	153,9	151,9	152,0	155,3	156,5	156,3	153,9
ASS 6 Friuli Occid.	194,7	161,0	159,5	160,5	159,5	161,5	154,6	154,6	153,6	152,2	152,5
Totale Regione	**212,0**	**178,4**	**173,8**	**167,6**	**164,7**	**163,2**	**161,3**	**160,6**	**160,5**	**158,6**	**157,6**
Variazione annuale		-8,6	-4,6	-6,2	-2,9	-1,5	-1,9	-0,7	-0,1	-1,9	-1,0
Variazione totale (base 1996)		-33,6	-38,2	-44,4	-47,3	-48,8	-50,7	-51,4	-51,5	-53,4	-54,4

NOTA: Per garantire il confronto con i dati pregressi, viene riportato (anche per l'anno 2010) il tasso di ospedalizzazione con l'esclusione del DRG 391 e dei paganti in proprio.

3.1.15 Totale dimissioni per Ospedale e tipo di ricovero e confronto per periodo
Include Attrazione extra regionale

	Gen-Dic 2010			Gen-Dic 2011			Variazioni Periodo			Variazioni % Periodo		
	tipric						tipric			tipric		
PRESIDIO OSPEDALIERO	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi
01 IRCCS CRO - Aviano	4.778	4.528	**9.306**	4.663	4.070	**8.733**	-115	-458	-573	-2,4	-10,1	-6,2
05 Ospedale di Gemona	762	3.546	**4.308**	744	3.278	**4.022**	-18	-268	-286	-2,4	-7,6	-6,6
06 Ospedale di Gorizia	1.716	6.790	**8.506**	1.770	6.559	**8.329**	54	-231	-177	3,1	-3,4	-2,1
08 Ospedale di Latisana	979	5.623	**6.602**	1.062	5.293	**6.355**	83	-330	-247	8,5	-5,9	-3,7
09 Ospedale di Maniago		414	**414**		412	**412**	-	-2	-2	-	-0,5	-0,5
10 Ospedale di Monfalcone	2.664	7.726	**10.390**	2.119	7.221	**9.340**	-545	-505	-1.050	-20,5	-6,5	-10,1
11 Ospedale di Palmanova	1.485	6.435	**7.920**	1.485	6.097	**7.582**	0	-338	-338	-	-5,3	-4,3
12 AO Pordenone	5.188	19.557	**24.745**	5.136	19.227	**24.363**	-52	-330	-382	-1,0	-1,7	-1,5
12 Ospedale di Sacile	19	837	**856**	17	936	**953**	-2	99	97	-10,5	11,8	11,3
12 Serv.Psichiatrico Diagnosi e Cura (AOPN)		285	**285**		344	**344**	0	59	59	-	20,7	20,7
14 Ospedale di San Daniele	1.893	7.325	**9.218**	1.824	7.143	**8.967**	-69	-182	-251	-3,6	-2,5	-2,7
15 Ospedale di San Vito	1.601	5.326	**6.927**	1.434	5.314	**6.748**	-167	-12	-179	-10,4	-0,2	-2,6
16 Ospedale di Spilimbergo	905	3.096	**4.001**	846	3.043	**3.889**	-59	-53	-112	-6,5	-1,7	-2,8
17 Ospedale di Tolmezzo	782	6.294	**7.076**	792	6.421	**7.213**	10	127	137	1,3	2,0	1,9
18 Cattinara	1.359	4.286	**5.645**	1.326	4.744	**6.070**	-33	458	425	-2,4	10,7	7,5
18 Maggiore	2.205	19.578	**21.783**	2.049	19.558	**21.607**	-156	-20	-176	-7,1	-0,1	-0,8
20 IRCCS Burlo Garofolo - Trieste	4.902	6.189	**11.091**	4.984	5.860	**10.844**	82	-329	-247	1,7	-5,3	-2,2
18 Serv.Psichiatrico Diagnosi e Cura (AOUTS)		49	**49**		48	**48**	0	-1	-1	-	-2,0	-2,0
27 AOU Udine	12.937	30.403	**43.340**	12.637	30.071	**42.708**	-300	-332	-632	-2,3	-1,1	-1,5
22 Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione	398	414	**812**	397	401	**798**	-1	-13	-14	-0,3	-3,1	-1,7
27 Serv.Psichiatrico Diagnosi e Cura (AOUUD)		257	257		333	333	0	76	76	-	29,57198	29,572
Totale Ospedali Pubblici	**44.573**	**138.958**	**183.531**	**43.285**	**136.373**	**179.658**	**-1.288**	**-2.585**	**-3.873**	**-2,89**	**-1,86**	**-2,11**

PRESIDIO OSPEDALIERO	Gen-Dic 2010			Gen-Dic 2011			Variazioni Periodo			Variazioni % Periodo		
	tipric						tipric			tipric		
	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi
26 IRCCS E.Medea - La Nostra Famiglia	373		**373**	325		**325**	-48	0	-48	-12,9	-	-12,9
80 Casa di Cura - S. Giorgio	3.390	4.169	**7.559**	3.845	4.250	**8.095**	455	81	536	13,4	1,9	7,1
81 Casa di Cura - Citta' di Udine	3.160	2.493	**5.653**	3.476	2.366	**5.842**	316	-127	189	10,0	-5,1	3,3
82 Casa di Cura - Pineta del Carso		1.384	**1.384**		1.359	**1.359**	0	-25	-25	-	-1,8	-1,8
83 Casa di Cura - Salus	886	1.652	**2.538**	839	1.775	**2.614**	-47	123	76	-5,3	7,4	3,0
86 Casa di Cura - Sanatorio Triestino	915	1.021	**1.936**	933	1.027	**1.960**	18	6	24	2,0	0,6	1,2
Totale Ospedali Privati	**8.724**	**10.719**	**19.443**	**9.418**	**10.777**	**20.195**	**694**	**58**	**752**	**8,0**	**0,5**	**3,9**

PRESIDIO OSPEDALIERO	Gen-Dic 2010			Gen-Dic 2011			Variazioni Periodo			Variazioni % Periodo		
	tipric						tipric			tipric		
	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi	Day-H	Ordinario	Totale dimessi
Ospedali Pubblici	44.573	138.958	183.531	43.285	136.373	179.658	-1.288	-2.585	-3.873	-3	-2	-2
Totale Ospedali Privati	8.724	10.719	19.443	9.418	10.777	20.195	694	58	752	8	1	4
Totale FVG	**53.297**	**149.677**	**202.974**	**52.703**	**147.150**	**199.853**	**-594**	**-2.527**	**-3.121**	**-1,1**	**-1,7**	**-1,5**

3.1.17 Posti letto medi, Tasso di occupazione e Presenza media giornaliera nel periodo Gennaio-Ottobre 2010 e Gennaio-Ottobre 2011 per Ospedale, tipo di ricovero e confronto per periodo

(Include Attrazione extra regionale)

Posti letto (n°) e Tasso di Occupazione (T.O. %)

PRESIDIO OSPEDALIERO	Gennaio-Dicembre 2010				Gennaio-Dicembre 2011				Variazioni Periodo			
	n° p.l. DH	T.O.% Day-H	n° p.l. Ord	T.O.% Ordinario	n° p.l. DH	T.O.% Day-H	n° p.l. Ord	T.O.% Ordinario	p.l. DH	T.O. Day H	p.l. Ord	T.O. Ordinario
Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine	146,0	205,5	966	81,7	146	193,4	963	82,2	0	-12,1	-2	0,6
Cattinara	30,0	109,5	600	90,5	27	120,2	588	91,3	-3	10,7	-12	0,7
Maggiore	54,0	25,9	191	86,6	54	31,2	189	87,0	0	5,3	-2	0,4
Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli	71,0	69,9	460	72,0	71	67,0	466	72,7	0	-3,0	6	0,7
Centro Riferimento Oncologico - Aviano	42,0	178,6	108	66,5	42	181,7	108	64,5	0	3,1	0	-2,0
Istituto per Infanzia Burlo-Garofolo	30,0	75,2	145	63,3	30	75,8	145	61,4	0	0,7	0	-1,9
Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione	4,0	197,6	100	88,0	4	219,3	100	87,6	0	21,7	0	-0,4
Ospedale di Gorizia	27,0	48,6	224	66,4	30	49,5	180	85,0	3	1,0	-44	18,6
Ospedale di Monfalcone	20,0	74,5	175	89,7	20	65,1	175	89,2	0	-9,4	0	-0,6
Ospedale di Gemona	11,0	29,8	84	72,7	8	39,3	80	73,5	-3	9,5	-4	0,8
Ospedale di Tolmezzo	9,0	46,2	180	68,7	9	51,8	180	70,9	0	5,7	0	2,3
Ospedale di San Daniele	16,0	85,5	204	81,2	16	78,4	204	81,0	0	-7,2	0	-0,1
Ospedale di Latisana	17,0	34,9	136	75,6	17	34,7	136	71,1	0	-0,2	0	-4,5
Ospedale di Palmanova	8,0	63,7	175	80,2	8	67,7	175	79,1	0	4,1	0	-1,2
Ospedale di Sacile	1,0	111,5	38	79,1	1	125,2	38	88,5	0	13,7	0	9,4
Ospedale di Maniago			14	80,6			14	82,9			0	2,3
Ospedale di San Vito	17,0	46,6	169	60,4	17	46,3	169	61,2	0	-0,4	0	0,8
Ospedale di Spilimbergo	8,0	56,4	68	82,5	8	64,2	68	77,7	0	7,9	0	-4,8
Serv.Psichiatrico Diagnosi e Cura (AOPN)			15	75,3			15	70,9			0	-4,4
Serv.Psichiatrico Diagnosi e Cura (AOUTS)			6	17,4			6	14,8			0	-2,6
Serv.Psichiatrico Diagnosi e Cura (AOUUD)			15	86,6			15	86,0			0	-0,6
Casa di Cura - Citta' di Udine	7,0	250,1	146	26,9	7	273,5	146	24,8	0	23,4	0	-2,1
Casa di Cura - Pineta del Carso			140	60,8			140	60,8			0	0,0
Casa di Cura - S. Giorgio	13,0	97,2	245	32,4	13	108,1	245	32,0	0	10,9	0	-0,4
Casa di Cura - Salus	7,0	46,7	83	24,5	7	42,8	83	25,5	0	-4,0	0	1,0
Casa di Cura - Sanatorio Triestino	5,0	59,3	88	56,2	5	60,5	88	66,2	0	1,2	0	10,0
Irccs E.Medea - La Nostra Famiglia	6,0	88,3			6	81,1			0	-7,2		
Totale FVG	**549,0**	**112,5**	**4.775**	**72,8**	**546**	**110,8**	**4.716**	**73,8**	**-3**	**-1,7**	**-59**	**1,0**

3.1.18 PARTI

	2010	2011	differenza %	di cui da madri	
				residenti in FVG	non residenti in FVg
Ospedale di GORIZIA	365	347	-4,9%	338	9
Ospedale di LATISANA	540	450	-16,7%	301	149
Ospedale di MONFALCONE	581	494	-15,0%	483	11
Ospedale di PALMANOVA	923	846	-8,3%	833	13
Az. Osp. S.M.A. di PORDENONE	1.114	1.114	0,0%	1.042	72
Ospedale di SAN DANIELE	1.153	1.115	-3,3%	1.087	28
Ospedale di SAN VITO	672	776	15,5%	651	125
Ospedale di TOLMEZZO	533	496	-6,9%	472	24
Az. Osp. Ospedali Riuniti di Trieste	-	1		1	-
Ospedali Infantile Burlo G.	1.832	1.751	-4,4%	1.669	82
Az. Osp. Univ. di UDINE	1.644	1.601	-2,6%	1.530	71
Casa di cura S. Giorgio (PN)	870	808	-7,1%	761	47
Ospedale di Gemona	1	1	0,0%	1	-
Domicilio/Altro luogo	38	24	-36,8%	21	3
Totale FVG	**10.266**	**9.824**	**-4,3%**	**9.190**	**634**

		di cui da madri	
	totale parti	residenti in FVG	non residenti in FVg
Anno 2011	9.823	9.189	634
Anno 2010	10.266	9.576	690
Anno 2009	10.340	9.605	735
Anno 2008	10.363	9.637	726
Anno 2007	10.502	9.694	808

3.1.19 Attività di specialistica ambulatoriale

Prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche e private del Friuli Venezia Giulia

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %
Prestazioni erogate per residenti	17.292.003	17.352.591	0,4%
Prestazioni erogate per non residenti	615.510	629.332	2,2%
Prestazioni erogate in Regione FVG	**17.907.513**	**17.981.923**	**0,4%**

Prestazioni ambulatoriali dei residenti

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %	Tasso 2010 x abitante	Tasso 2011 x abitante
ASS 1 Triestina	3.580.082	3.603.235	0,6%	14,9	15,0
ASS 2 Isontina	2.063.442	2.096.503	1,6%	14,5	14,7
ASS 3 Alto Friuli	980.581	993.455	1,3%	13,2	13,4
ASS 4 Medio Friuli	5.119.757	5.178.474	1,1%	14,4	14,6
ASS 5 Bassa Friulana	1.486.050	1.459.207	-1,8%	13,2	13,0
ASS 6 Friuli Occidentale	4.062.091	4.021.717	-1,0%	12,9	12,8
Totale FVG	**17.292.003**	**17.352.591**	**0,4%**	**14,0**	**14,0**

Prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche e private del Friuli Venezia Giulia per erogatore

	Gen-Dic 2010	Gen-Dic 2011	Diff %
ASS 1 - TRIESTINA	1.247.798	1.275.526	2,2%
ASS 2 - ISONTINA	1.947.531	1.963.175	0,8%
ASS 3 - ALTO FRIULI	997.071	1.015.200	1,8%
ASS 4 - MEDIO FRIULI	2.723.445	2.893.746	6,3%
ASS 5 - BASSA FRIULANA	1.579.166	1.552.911	-1,7%
ASS 6 - FRIULI OCCIDENTALE	527.816	325.227	-38,4%
BURLO	282.740	275.738	-2,5%
CRO	348.184	352.524	1,2%
A.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	3.506.490	3.665.781	4,5%
A.O. OSPEDALI RIUNITI	2.178.230	2.191.723	0,6%
AZ. OSPED. UNIV. UDINE	2.569.042	2.470.372	-3,8%
Totale FVG	**17.907.513**	**17.981.923**	**0,4%**

3.1.20 Popolazione residente per Azienda per i Servizi Sanitari

Popolazione residente al 31 dicembre 2010

ass	2010	2009	2008	2007	2006	differenza 2009-2005	Numeri indici su anno precedente 2009	2008	2007
ASS 1	239.774	239.782	239.660	239.655	239.717	0,0%	100,05	100,00	99,97
ASS 2	142.360	142.603	142.433	141.913	141.320	0,2%	100,12	100,37	100,42
ASS 3	73.535	74.043	74.450	74.639	74.891	0,7%	99,45	99,75	99,66
ASS 4	354.974	354.361	352.947	350.091	346.749	-0,2%	100,40	100,82	100,96
ASS 5	112.976	112.575	112.251	111.219	110.137	-0,4%	100,29	100,93	100,98
ASS 6	315.309	313.686	312.171	307.464	303.202	-0,5%	100,49	101,53	101,41
Totale FVG	**1.238.928**	**1.237.050**	**1.233.912**	**1.224.981**	**1.216.016**	**-0,2%**	**100,25**	**100,73**	**100,74**

Situazione al 31/12/2010

	Frequenze assolute					Frequenze percentuali			
	0 - 14	15 - 64	65 - 74	> 75	**Totale**	0 - 14	15 - 64	65 - 74	> 75
ASS 1	26.803	147.916	31.896	33.159	239.774	11,2	61,7	13,30	13,8
ASS 2	17.345	89.839	17.533	17.643	142.360	12,2	63,1	12,32	12,4
ASS 3	8.475	47.442	9.141	8.477	73.535	11,5	64,5	12,43	11,5
ASS 4	44.568	229.342	41.797	39.267	354.974	12,6	64,6	11,77	11,1
ASS 5	14.132	73.451	13.170	12.223	112.976	12,5	65,0	11,66	10,8
ASS 6	43.907	206.888	33.266	31.248	315.309	13,9	65,6	10,55	9,9
Totale 2010	**155.230**	**794.878**	**146.803**	**142.017**	**1.238.928**	**12,5**	**64,2**	**11,85**	**11,5**

Situazione al 31/12/2009

ASS	Frequenze assolute					Frequenze percentuali			
	0 - 14	15 - 64	65 - 74	> 75	**Totale**	0 - 14	15 - 64	65 - 74	> 75
ASS 1	26.494	147.758	32.659	32.871	239.782	11,0	61,6	13,6	13,7
ASS 2	17.273	90.069	17.866	17.395	142.603	12,1	63,3	12,5	12,2
ASS 3	8.568	47.857	9.172	8.446	74.043	11,7	65,1	12,5	11,5
ASS 4	44.299	229.545	41.873	38.644	354.361	12,5	64,7	11,8	10,9
ASS 5	13.916	73.397	13.294	11.968	112.575	12,3	65,0	11,8	10,6
ASS 6	43.292	206.399	33.323	30.672	313.686	13,7	65,5	10,6	9,7
Totale	**153.842**	**795.025**	**148.187**	**139.996**	**1.237.050**	**12,4**	**64,3**	**12,0**	**11,3**

3.2 Consolidato delle risorse aggiuntive per il personale - Esercizio 2011

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
Personale del Comparto - Esercizio 2011
ALLEGATO 1

AZIENDA	quota assegnata da accordo 29 marzo 2011 (ultima colonna allegato 2)	Importo liquidato al 31.12.2011	Residuo al 31.12.2011	a	b	a-b	*RISORSE IMPEGNATE*				*RISORSE NON IMPEGNATE*
				Risorse regionali aggiuntive: IMPORTO RESIDUI esercizi precedenti (2009 - 2010)	di cui liquidati al 31/12/2011		quota per personale turnista, ota/oss, incentivi lavoro notturno e festivo	quota per coordinatori e tutor	quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali	eventuale importo non impegnato
A.S.S. n. 1 Triestina	802.146,38	418.295,07	383.851,31	359.137,29	359.137,29	0,00	341.000,00	7.000,00	163.000,00	291.146,37	0,00
A.S.S. n. 2 Isontina	1.490.284,19	1.151.833,81	338.450,38	97.060,00	97.060,00	0,00	732.992,14	44.000,00	222.000,00	491.292,05	0,00
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	1.018.756,11	565.560,42	453.195,69	488.186,95	368.519,00	119.667,95	588.826,95	7.000,00	175.831,80	247.063,20	34,16
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	1.779.682,82	899.964,55	879.718,27	111.922,61	0,00	111.922,61	948.611,24	65.223,44	229.953,35	535.894,79	0,00
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	1.169.765,39	540.029,51	629.735,88	610.592,74	555.645,96	54.946,78	645.187,00	5.321,52	151.240,00	349.900,00	18.116,87
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale *	678.281,36	216.270,06	462.011,30	699.237,34	668.175,28	31.062,06	231.500,00	28.500,00	176.700,00	182.084,19	59.497,17
A.O.U. Trieste	2.669.343,06	1.320.037,75	1.349.305,31	1.664.553,44	884.714,71	779.838,73	1.595.030,26	60.000,00	507.156,40	507.156,40	0,00
A.O.U. Udine	3.028.202,80	2.125.963,91	902.238,89	52.656,71	0,00	52.656,71	1.603.467,63	79.828,99	440.715,42	904.190,76	0,00
A.O. Pordenone	2.178.775,38	1.304.920,96	873.854,42	760.030,88	701.844,29	58.186,59	1.174.122,77	32.642,52	121.100,00	850.910,09	0,00
CRO Aviano	355.745,50	0,00	355.745,50	12.513,21	0,00	12.513,21	140.000,00	5.350,00	180.900,00	27.200,00	2.295,50
Burlo Trieste	556.546,09	457.821,46	98.724,63	260.367,30	35.199,06	225.168,24	335.592,30	0,00	0,00	220.953,79	0,00
TOTALE	***15.727.529,07***	***9.000.697,50***	***6.726.831,57***	***5.116.258,47***	***3.670.295,59***	***1.445.962,88***	***8.336.330,29***	***334.866,47***	***2.368.596,97***	***4.607.791,64***	***79.943,70***

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive
Personale del Comparto - Esercizio 2011
ALLEGATO 2

AZIENDA	quote 2011 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali (l'accordo prevedeva n. 6 obiettivi regional prioritari)
A.S.S. n. 1 Triestina	163.000,00	riorse impegnate prioritrariamente nei seguenti 6 obiettivi: 8.840,00 per contenimento tempi di attesa; 1.280,00 per screening mammografico e colon retto; 90.000,00 per assistenza domiciliare (Distretti); 39.440,00 per assistenza domiciliare (DSM) ;10.880,00 incentivare modelli organizzativi dell'attività infermieristica e di assistenza ; 11.200,00 per prevenzione infortuni sul lavoro. 1.360,00 come accantonamento in caso di "sforamento"di qualche progetto rispetto all'importo impegnato
A.S.S. n. 2 Isontina	222.000,00	riorse impegnate prioritariamente nei seguenti 5 obiettivi: 40.000 definizione personale infermieristico e di supporto per la medicina del PO di GO; 40.000,00 per l'adozione del Early Warning Scores modificata (medicina PO Monfalcone) ;89.000,00 abbattimento liste di attesa radiologia (Monfalcone e Gorizia); 33.000,00 presenza pers. inf. per l'abbattimento delle liste di attesa nella medicina sperimentale; 20.000,00 per coperture turni in caso di improvvise necessità
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	175.831,80	risorse impegnate prioritariamente nei seguenti 9 obiettivi: 105.600,00 per rischio lesioni da decubito nel reparto di medicina; 509,40 per contenimento tempi di attesa in chirurgia vascolare; 4.301,60 contenimento tempi di attesa per le ecografie; 3.113,00 per attività connesse a screening mammografico; 6.678,80 per attività connesse a screenin colon retto; 5.094,00 per continuità assistenziale; 9.500,00 per equipe operatoria e assistenziale nelle chirurgie di Gemona e Tolmezzo; 28.300,00 per fornitura di primo soccorso in luoghi diversi dalle sedi isitutuzionali; 12.735,00 (attività di formazione nell'edilizia e nella metalmeccannica - riduzione tempi di attesa nelle pratiche di malattia prof. - inserimento dati nel nuovo sistema informativo - Me.La
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	229.953,35	risorse impegnate prioritariamente nei seguenti 10 obiettivi: 58.060,00 per cura e assistenza in medicina; 17.456,40 Area Materno Infantile; 6.714,00 per riduzione tempi d'attesa; 27.042,50 prevenzione infortuni sul lavoro; 13.428,00 incremento attività di vaccinazione; 4.774,40 attività di ispezione e controllo; 9.820,00 potenziamento attività riabilitativa; 21.750,00 potenziamento attività riabilitativa; 27.701,30 potenziamento attività riabilitativa in area ambulatoriale; 43.206,75 miglioramento tempi di attesa
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	151.240,00	risorse impegnate prioritariamente nei seguenti due obiettivi: 88.000,00 per i reparti di degenza dell'area della medicina generale e 63.240,00 per il contenimento dei tempi di attesa
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	176.700,00	risorse impegnate prioritariamente nei seguenti 7 obiettivi: 110.000,00 coninuità cure nell'assistenza domiciliare; 40.000,00 programmazione turnistica e pianificazione assistenza; 4.800,00 progetti (programmazione turnistica, attività assistenziali in RSA, SPDC, utilizzo fascicolo domiciliare,distribuzione farmaci in uso nella specialistica ambulatoriale); 7.000,00 presa in carico paziente assistenza interdistrettuale; 3.000,00 distrettualizzazione delle aree ad alta integrazione socio -sanitaria ; 8.400,00 incremento attività di vigilanza nel comparto dell'edilizia; 3.500,00 riduzione tempi di attesa
A.O.U. Trieste	507.156,40	risorse impegnate prioritariamente nei seguenti 4 obiettivi: 181.103,76 contenimento tempi di attesa per interventi chirurgici d'elezione;224.465,22 per mantenimento dei livelli assistenziali nel periodo estivo; 21.645,00 mantenimento volumi di attività delle prestazioni diagnostiche di medicina nucleare a favore di paziendati provenienti dall'area isontina; 79.942,42 ancora da contrattare a livello aziendale (l'azienda comunica di aver temporaneamente suddiviso al 50% l'importo da distribuire fra l'allegato 2 e l'allegato 3)
AOU Udine	440.715,42	importo impeganto sui seguenti obiettivi: 54.375,36 turnazione; 240.000,00 continuità assistenziale; 41.340,56 contenimento tempi di attesa; 55.000,00 incremento valore orario correlato a screening colon retto e a screening mammografico; 66.600,00 attività infermieristica e del personale di assistenza (per chirurgia generale e specilistica, onco -ematologia, anestesia e rianimazione)
A.O. Pordenone	121.100,00	importo impegnato sui seguenti obiettivi: 66.600,00 degenza medicina generale (sacile, pn e spilimbergo); 25.000,00 contenimento tempi di attesa; 25.600,00 screening; 3.900,00 medicina a medi a intensità assistenziale (pn)
CRO Aviano	180.900,00	importo impeganato sui seguenti obiettivi: 20.000 per attività connesse a s creening colon retto; 35.530,00 per i reparti dell'area di degenza delle medicina generale; 125.370,00 per contenimenti tempi di attesa
Burlo Trieste	0,00	
TOTALE	***2.368.596,97***	

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive
Personale del Comparto - Esercizio 2011
ALLEGATO 3

AZIENDA	quote 2011 demandate alla CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.S.S. n. 1 Triestina	291.146,38	quota interamente distribuita su tutti gli obiettivi aziendali
A.S.S. n. 2 Isontina	491.292,05	di cui 434.960,00 distribuiti nei seguenti obiettivi: richiami in servizio e cambio turno su 12 e su 24h; laboratorio trasfusionale; uscite aggiuntive con l'automedica; progetto -studio osservazione pazienti; anatomia patologica; donazione organi; partecipazopne gruppi di lavoro AV; supporto alle UU.OO. per la riorganizzazione aziendale; percorso nascita; 4.800,00 potenziamento attività diagnostica nei disturbi dell'apprendimento; riorganizzazione processo di accertamento invalidità civile e handicap; riorganizzazione DSM; adozione protocollo utilizzo SPDC; minimo utilizzo posti letto presso il SPDC; miglior utilizzo delle Comunità Terapeutiche intra regionali; Recovery Room (attivazione posti letto); miglioramento della sicurezza del paziente a rischio di instabilità dei parametri vitali; obiettivi piano rischio clinico 2011; 15.000,00 per eventuali prestazioni agg.ve in caso di particolari necessità. I restanti 56.332,05 sono stati impegnati sulla produttività collettiva
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	247.063,20	risorse impegnate nei seguenti 8 obiettivi: 138.104,00 per attività connesse all'accreditamento JCJ; 63.000,00 per copertura turni e servizi in caso di assenze improvvise; 9.169,20 per attività del sabato presso "Arta Terme" in SOC Rieducazione e Riabilitazione; 7.924,00 per Dipartimento di Prevenzione (assicurare l'esecuzione della vaccinazione anti TBE); 3.962,00 per SOC Radiologia (attivazione nuova linea di lavoro nella sala piccoli intreventi (impianto pacemaker) ; 5.094,00 Dipartimento di Prevenzione (incremento ispezioni nelle imprese alimentari); 7.075,00 per sorveglianza sanitraia (Passi; Okkio...); 12.735,00 per continuità assistenziale nel Dipartimento di Emergenza e nel 118 di Tarvisio
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	535.894,79	quota interamente distibuita sui seguenti progetti aziendali: implementazione software per fascicolo sanitario, ICF,governo clinico; potenziamento attività di prevenzione; prevenzione attività riabilitativa; revisione generale procedure assistenziali; gestione taglio cesareo, tracciabilità prelievo per rilevazione alcolemia e sostanze stupefacenti;postoperatorio paziente pediatrico, revisione modello organizzativo in piastra post operatoria; regolamento per gestione turnistica e orario di lavoro), area SIERO; attività di gruppi per DSM; informatizzazione (distribuzione carte operatore); revisione per gestione di presidi e strumenti (ambulatori H S.Daniele); percorso paziente tac con metodo di contrasto; rmazione operatori amministrazioni comunali (attivazione anagrafe sanitaria - Distretto Udine); distribuzione farmaci in doppia via (distretto Cividale); flessibilità operatori; sviluppo gestione amm.va e tecnica (formazione MMG); magazzino DSC, ridefinizione fabbisogni relativi ai principali servizi esternalizzati; riorganizzazione area investimenti; miglioramento procedure di fornitura farmaci e dispositivi medici; riorganizzazione affari generali e legali; implementazione nuove competenze e applicazione nuovi accordi personale convenzionato; miglioramento/mantenimento delle performance
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	349.900,00	quota distribuita per 43 obiettivi, fra cui si citano i principali: compilazione schede anamnestiche, percorso di addestramento di IP per cesareo in emergenza; consolidamento modello organizzativo integrato; miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazioni; prevenzione infortuni e malattie professionali; uniformare il controllo ufficiale (servizi veterinari e di igiene degli alimenti); documentazione terapia del dolore, terapia antalgica, implementazione processi assistenziali paz in carico al SID, rilevamento controllo del dolore, realizzazione CSM sulle 24 h (latisana)+ interazione giovani centro dipendenze, miglioramento prestazioni amm.ve, reportistica aziendale, (anche per PS di Lignano), miglioramento funzioni amm.ve, progetti edili e impiantistici, approvigionamento e logistica, hospice Distretto EST, supporto al punto soccorso di Lignano, ristrutturazione e accreditamento H di Latisana, verifica sicurezza elettrica dei lacali ad uso medico.
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	182.084,19	quota distribuita per i seguenti 15 obiettivi: attività per recupero piani riabilitativi arretrati; erogazione ausilii magazzini distrettuali; attività di screening della cervice, programmazione turnistica (servizio diagnosi e cura); gestione farmaci; data base per inserimento informazioni utenti in carico ; corretta gestione farmaci per attività ambulatoriali del sert; mappatura potenzialità fisiche delle risorse umane presenti in azienda; garantire la conitnuità assistenziale anche in caso di carenza di D.O nel distretto Sud, nel distretto Nord, nel distretto Est;nel SPDC; integrazione attività ortottica ed equipe poliambulatoriale); riorganizzazione funzioni economali dopo la scorporo; completamento operazioni di scorporo (S.Vito e Spilimbergo)
A.O.U. Trieste	507.156,40	gli obiettivi sui quali distribuire l'importo sono ancora in corso di contrattazione dall'azienda che comunica di aver temporaneamente suddiviso al 50% l'importo da distribuire fra l'allegato 2 e l'allegato 3
AOU Udine	904.190,76	tale importo è stato distribuito su tutti gli obiettivi aziendali strategici.
A.O. Pordenone	850.910,09	risorse impegnate nei seguenti principali obiettivi: disagio per attività notturna e festiva; disagio per pronta disponibilità; attività aggiuntiva; dipartimento di medicina di laboratorio -centri prelievo; attività di logopedia (PN); area materno infantile; per la garanzia dei LEA minimi previsti (ortopedia, chirurgia della mano, oculistica, degenze, otorino, chirurgia maxillo fscciale, urologia) ; Pronto Soccorso (Sacile); sale operatorie e sale gessi; prevenzione e controllo infezioni; progetto gruppo anticendio; attività in patologia clinica, allergologia, immunologia, microbiologia e virologia, citogenetica, biologia molecolare e anatomia patologica; riorganizz. H di rete;
CRO Aviano	27.200,00	risorse impegnate sui seguenti 4 obiettivi:per attuazione piano sanitario 2010-2012; sistema PACS; 9.708,22 stesura documenti di programmazione in attuazione del PSSR; gestione ambulatoriale e di degenza
Burlo Trieste	220.953,79	di cui 220.527,13 distribuiti nei seguenti 12 obiettivi: continuità servizi assistenziali e tecnico diagnostici, mantenimento livelli prestazionali del centralino unificato, miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amm.ve e tecniche, relazioni internazionali per lo scambio di conoscenze clinico assistenziali, continuità nell'attività del coordinamento, screening uditivo neonatale; trasporto neonatale d'emergenza; contenimento tempi di attesa per ambulatori e day hospital; riorganizzazione attività ambulatoriale del dip. ostetrico ginecologico; miglioramento percorso chirurgico del bambino; avanzamento tecnoclogico per ottimizzare risorse personale e budget; residuano € 53.327,04.
TOTALE	***4.607.791,65***	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
Personale della Dirigenza Medica e Vetrinaria - Esercizio 2011
ALLEGATO 4

AZIENDA	quota assegnata da accordo 29 marzo 2011 (COLONNA ALLEGATO 1)	Importo liquidato al 31.12.2011	Residuo al 31.12.2011	a	b	a-b	*RISORSE IMPEGNATE*		*RIS NON IMPEGNATE*
				Risorse regionali aggiuntive: IMPORTO RESIDUI esercizi precedenti (2009 - 2010)	di cui liquidati al 31/12/2011		quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat, in raccordo con progr.reg.le e piani attuat az.li	eventuale importo non impegnato
A.S.S. n. 1 Triestina	268.431,49	46.411,51	222.019,98	187.387,27	187.387,27	0,00	125.000,00	143.431,49	0,00
A.S.S. n. 2 Isontina	615.688,11	103.188,11	512.500,00	111.068,10	111.068,10	0,00	469.440,97	146.247,14	0,00
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	364.299,88	122.966,12	241.333,76	352.997,89	297.062,16	55.935,73	62.380,00	301.150,00	769,88
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	600.775,25	0,00	600.775,25	41.305,52	0,00	41.305,52	170.494,48	430.280,77	0,00
A..S.S. n. 5 Bassa Friulana	487.863,59	0,00	487.863,59	488.995,58	377.240,00	111.755,58	229.500,00	257.360,00	1.003,59
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	221.562,50	0,00	221.562,50	839.632,17	479.100,00	360.532,17	0,00	221.562,50	0,00
A.O.U. Trieste	899.032,46	0,00	899.032,46	1.096.585,39	183.698,00	912.887,39	449.516,23	449.516,23	0,00
AOU Udine	1.299.549,30	353.882,12	945.667,18	14.957,93	0,00	14.957,93	494.080,20	805.469,10	0,00
A.O. Pordenone	939.510,23	0,00	939.510,23	730.945,63	418.666,07	312.279,56	27.589,00	911.921,23	0,00
CRO Aviano	232.214,55	0,00	232.214,55	133.109,42	0,00	133.109,42	29.814,55	202.400,00	0,00
Burlo Trieste	262.040,27	0,00	262.040,27	264.435,38	0,00	264.435,38	0,00	262.040,27	0,00
TOTALE	**6.190.967,63**	**626.447,86**	**5.564.519,77**	**4.261.420,28**	**2.054.221,60**	**2.207.198,68**	**2.057.815,43**	**4.131.378,73**	**1.773,47**

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2011
ALLEGATO 5

AZIENDA	importo quote 2011 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali (escluso screening mammografico); l'accordo individua .... obiettivi regionali prioritari
A.S.S. n. 1 Triestina	125.000,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: contenimento tempi di attesa;Riordino AV (formazione accreditamento ECM); presenza 118 per eventi importanti;2.500,00 contattabilità cardiologica territoriale pomeridiana.
A.S.S. n. 2 Isontina	469.440,97	importo distribuito: per riduzione liste di attesa, sedute aggiuntive anestesiologiche; medicina sportiva; Ecografia distretto di Grado; Medicina Gorizia e Monfalcone.
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	62.380,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: trasfusionale soc tolmezzo; standard joint commission per completezza foglio unico; contenimentotempi di attesa ; assistenza ecografia addominale; processo di iniformazione laboratori di A.V; attivazione attività ambulatoriale S.Daniele
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	170.494,48	importo distribuito sui seguenti obiettivi: riduzione tempi di attesa; azioni di riordino per programmazione integrata, mantenimento standard assistenziali, programmazione inetgrata in AV, inegrazioni con attività clinica psichiatrica.
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	229.500,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: carico di lavoro a maggior impegno assistenziale; mantenimento offerta clinico - assistenziale in carenza di organico; per incremento n. cartelle; mantenimento offerta anestesiologica; rispetto tempi di attesa chirurgia generale ; contenimento tempi di attesaortopedia e traumatologia.
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	0,00	l'azienda ha specificato che dopo lo scorporo hanno destinato tutte le risorse legandole al terriorio e quinsi ad obiettivi da individuare in contrattazione intergrativa aziendale
A.O.U. Trieste	449.516,23	importo distribuito in parte sul contenimento tempi di attesa per interventi chirurgici di elezione; quota parte delle risorse è ancora in corso di contrattazione;l'azienda comunica di aver provvisoriamente suddiviso l'importo al 50% fra allegato 5 e allegato 6
A.O.U. Udine	494.080,20	importo distribuito su due obiettivi: per prestazioni derivanti da maggiori carichi di lavoro nei reparti di degenza dell'area della Medicina Generale; per contenimento tempi di attesa.
A.O. Pordenone	27.589,00	importo tutto distribuito per il contenimento dei tempi di attesa
CRO Aviano	29.814,55	distribuiti per il contenimento dei tempi di attesa
Burlo	0,00	utilizzate interamente per la contrattazione integrativa aziendal che ne ha stabilito gli obiettivi
TOTALE	***2.057.815,43***	

Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2011
ALLEGATO 6

AZIENDA	quote 2011 per CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.S.S. n. 1 Triestina	143.431,49	quota interamente distribuita su obiettivi strategici
A.S.S. n. 2 Isontina	146.247,14	quota distribuita sui seguenti obiettivi: elaborazione e inserimento sito web aziendale; uscite in autoemoteca; continuità assistenziale PAT, cure palliative; potenziamento analgesia di parto; laboratorio analisi; coordinamento area programmazione; prestazioni agg.ve in caso di particolari criticità; promozione ed educazione alla salute rivolta alle scuole, percorso nascita; potenziamento attività diagnostica nei disturbi dell'apprendimento; prcesso di accertamento invalidità civile e handicap; coordinamento DSM ; minimo utilizzo posti letto presso SPDC; utilizzo CT intra regionali; anatomia patologica: attività absesto correlate; visite urgenti endocrinologia.
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	301.150,00	quota distribuita sui seguenti obiettivi: distribuzione diretta dei farmaci; attivitrà connesse a accreditamento JC; formazione trattamento STEMI in A.V; conitnuità assistenza nelle 24 h; sotveglianza dell'uso dell'alcool nei luoghi di lavoro; screening uditivo neonatale; valutazione fisiatrica (Arta Terme); impianto pacemaker; criteri per completezza cartella clinica (JC); aperura sulle 24 h CSM tolemzzo; assicurare la sicurezza degli alimenti
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	430.280,77	importo distribuito sui seguenti obiettivi: garantire i LEA in anestesia; introduzione nuove tecnologie; attività fisica adattata; utilizzo classificazione ICF; continuità assistenziale; miglioramento assistenza territoriale; per attitività di governo clinico; miglioramento attività di prevenzione; assistenza ambulatoriale in gravidanza; tracciabilità prelievo per determinazione alcolemia; ambulatorio per diagnosi precoce di malattia bronco istruttiva; miglioramento consulenze ambito ospedaliero; miglioramento attività distrettuale; Progetto Piramide della Salute; progetto PASSI; attività formativa su screening; miglioramento performance rispetto al 2010.
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	257.360,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: attività materno infantile (attivazione guardia attiva pediatrica); consolidamento modello organizzativo integrato; mantenimento offerta clinico assistenziale in carenza di organico, miglioramento qualità offerta vaccinale; programmi di sorveglianza per la prevenzione; attività di prelievo; monitoraggio di almeno 20% cantieri edili notificati ; mantenimento offerta vaccinazione antirabbica; elaborazione di almeno un progetto di secondo il metodo PCM; attuazione processo di autorizzazione e accreditamento; attività domiciliare per terapie palliative; redazione manuale operativo per inserimento dati; attivazione 4 posti letto hospice RSA Palmanova; valutazione mediante utilizzo linguaggio ICF; CSM 24 h Latisana; raggiungimento standard minimi qualità e sicurezza
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	221.562,50	importo impegnato nei seguenti obiettivi: qualificazione rete cure palliative a domicilio; miglioramento qualità gestionale fscicolo domiciliare; completamento aggiornamento cartelle cliniche; riduzione ricorso trattamenti senza consesno nei CSM 24 h; progetto piccole produzioni locali carni suine e avicunicule; gestione profilassi di detreminate malattie del bestiame .
A.O.U. Trieste	449.516,23	l'azienda comunica di aver provvisoriamneto distribuito l'importo al 50% fra allegato 5 e allegato 6. Gli obiettivi devono essere ancora contrattati
A.O.U. Udine	805.469,10	incremento retribuzione di risultato sulla base del sistema di valutazione aziendale
A.O. Pordenone	911.921,23	importo distribuito sui seguenti obiettivi aziendali:ortopedia; per anstesia e rianimazione; automedica (Sacile e Maniago); radiologia PN; per medicina di Sacile e medicina sede di PN; laboratorio; utilizzo POCT; microbiologia PN; cardiologia; chirurgia; ostetricia e ginecologia; per pronta disponibilità; per direttori di SOC impeganti nella garanzia di continuità della funzione; progetto Maniago; prestazioni mediche in AV; per le progettualità di chiusura dei rimanenti progetti
CRO Aviano	202.400,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: progetto PACS; refertazione vocale anatomia patologica; accreditamento istituzionale; sviluppo registro tumori; sistemi gestione ambulatoriale e di degenza
Burlo Trieste	262.040,27	importo distribuito nei seguenti obiettivi: miglioramento erogazione attività ambulatoriali; trasporto neonatale d'emergenza; contenimento tempi di attesa per ambulatori e day hospital; riorganizzazione attività ambulatoriale del dipartimento ostetrico - ginecologico; contenimento tempi di attesa; riorganizzazione offerta attività anestesiologiche; residua l'importo di € 157.712,27.
TOTALE	**4.131.378,73**	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2011
ALLEGATO 7

AZIENDA	quota assegnata da accordo 29 marzo 2011 (ALLEGATO 2)	Importo liquidato al 31.12.2011	Residuo al 31.12.2011	a	b	a-b	*RISORSE IMPEGNATE*		*RIS NON IMPEGNATE*
				Risorse regionali aggiuntive: IMPORTO RESIDUI esercizi precedenti (2009 - 2010)	di cui liquidati al 31/12/2011		quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat, in raccordo con progr.reg.le e piani attuat az.li	eventuale importo non impegnato
A.S.S. n. 1 Triestina	161.911,06	22.805,83	139.105,23	120.964,10	120.964,10	0,00	93.000,00	68.911,06	0,00
A.S.S. n. 2 Isontina*	93.737,98	0,00	93.737,98	110.790,83	88.145,13	22.645,70	30.000,00	63.737,98	0,00
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	68.173,08	32.850,00	35.323,08	75.552,96	70.204,79	5.348,17	13.300,00	54.850,00	23,08
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	140.606,97	0,00	140.606,97	30.146,15	0,00	30.146,15	30.153,85	110.453,12	0,00
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	70.303,49	0,00	70.303,49	77.023,19	67.000,00	10.023,19	21.000,00	48.960,00	343,49
A.S.S. n. 6 Friuli Occidenatale	108.650,84	0,00	108.650,84	194.873,25	158.454,32	36.418,93	58.570,84	50.080,00	0,00
A.O.U. Trieste	97.998,80	0,00	97.998,80	109.151,84	32.465,00	76.686,84	48.999,40	48.999,40	0,00
AOU Udine	157.650,24	12.600,00	145.050,24	53.385,43	0,00	53.385,43	12.600,00	145.050,24	0,00
A.O. Pordenone	89.477,16	0,00	89.477,16	79.750,22	79.750,22	0,00	20.130,40	69.346,76	0,00
CRO Aviano	102.259,62	0	102.259,62	73.847,68	0,00	73.847,68	25.600,00	72.000,00	4.659,62
Burlo Trieste	48.999,40	0,00	48.999,40	48.269,65	6.647,39	41.622,26	-	48.999,40	0,00
TOTALE	**1.139.768,64**	**68.255,83**	**1.071.512,81**	**973.755,30**	**623.630,95**	**350.124,35**	**353.354,49**	**781.387,96**	**5.026,19**

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2011
ALLEGATO 8

AZIENDA	importo quote 2011 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali; l'accordo individua 2 obiettivi regionali prioritari
A.S.S. n. 1 Triestina	93.000,00	importo distribuito nei seguenti obiettivi: contenimento tempi di attesa ; riordinao AV; condivisione strumenti valutazione del dolore.
A.S.S. n. 2 Isontina	30.000,00	distribuzione diretta di farmaci alle strutture residenziali o semiresidenziali (per primo ciclo terapeutico post ricovero ovisita specialistica ambulatoriale).
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	13.300,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: incremento distribuzione primo ciclo e dei farmaci ;produzione reportistica mensile di spesa farmaceutica; estensore gestione richieste di esami propedeutici a una eventuale unificazione dei laboratori di AV
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	30.153,85	importo distribuito sui seguenti obiettivi: riduzione tempi di attesa; contenimento spesa farmaceutica.
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	21.000,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: consolidamento modello organizzativo integrato; implementazione distribuzione diretta
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	58.570,84	importo distribuito sui seguenti obiettivi: definizione implementazione di un percorso nascita aziendale; avvio distribuzione per conto; completamento delle operazioni relative allo scorporo
A.O.U. Trieste	48.999,40	l'azienda deve ancora completare la contrattazione (importo suddiviso temporaneamente al 50% fra allegtao 8 e 9)
A.O.U. Udine	12.600,00	importo interamente distribuito per contenimento tempi di attesa
A.O. Pordenone	20.130,40	importo impegnato nei seguenti obiettivi: contenimento spesa, riorganizzazione rete ospedaliera
CRO Aviano	25.600,00	importo impegnato tutto sul contenimento tempi di attesa
Burlo Trieste	0,00	utilizzate interamente per la contrattazione integrativa aziendale che ne ha stabilito gli obiettivi
TOTALE	**353.354,49**	

Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA
Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2011
ALLEGATO 9

AZIENDA	quote 2011 per CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.S.S. n. 1 Triestina	68.911,06	quota ineramente distribuita su obiettivi strategici aziendali
A.S.S. n. 2 Isontina	63.737,98	importo distribuito sui seguenti obiettivi: minimo utilizzo posti letto SPDC; miglior utilizzo delle CT; percorso nascita; progetto emergenza immigrati; coordinamento NIP; partecip.per attività asbesto correlate; riorg.processo di invalidità civile e handicap; certific.CUV; laboratorio analisi (H Monfalcone); gestione ricadute organizz. nuovo atto aziendale; gest.ec-fin strutture e tecnologie; amministr.personale; comunic. formaz e sviluppo org.vo; sist.informativo e controllo di gestione; incarico alta specializzazione ufficio legale
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	54.850,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: miglioramento effic presa in carico della disab; perseguire la crescita professionale degli psicologi; percorso auto mutuo aiuto; costruz.scheda monitor. probl. figli minori di utenti tossicod.; redazione docum. preliminare avvio gara comunit. di affidam. servizi tecnici di ing. e archit.per complet.ristrutturaz. accredit. istituz. (presidio s.antonio abate di tolmezzo); correz. errori inserimento dati nell'anagrafe unica; supporto psicol. per pazienti ricoverati non oncologici; estensione firma digitale nei reparti; collab.AV ai processi di pianifi. az.le; collab.in AV ai processi di pianifi.istituz.; comunicaz ai cittadini relativamente al piano regionale di AV; gestione contabile delle attività sovraziendali; stesura regol. az.le sui procedimenti disciplinari
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	110.453,12	importo distribuito sui seguenti obiettivi: prestazioni di vigilanza (ispezioni ascensori, montacarichi); evasione pratiche trattamento amianto; miglioramento attività prevenzione - smaltimento pratiche autorizzazioni sanitarie; attività area disturbi alimentari; conseguire obiettivi regionali del governo clinico; introduzione nuove tecnologie; formazione operatori per anagrafe sanitaria; ridefinizione funzioni di coordinamento delle prof. san; potenziamento attività di prevenzione; attività di consultori familiari; valutazione con uso classificazione ICF; governo clinico dipartimento delle dipendenze; introduzione strumenti governo clinico DSM; obiettivi incentivanti 2011 per miglioramento performance rispetto al 2010
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	48.960,00	importo distribuito sui seguenti obiettivi: monitoraggio di almeno 20% dei cantieri notificati; garantire le istruttorie per impianti a impatto ambientale nei tempi previsti; uniformare modlaità di valutazione mediante il linguaggio ICF; realizzazione CSM Latisana; audit sul dolore e relativa reportistica; garanzia delle attività in carenza di organico; supporto ammo.vo PS Lignano; miglioramento livelli di efficienza delle funzioni amm.ve; applicazione normativa sulla tracciabilità dei pagamenti di appalti e commesse (L. 136/2010); implementazione agende di prenotazione condivise in AV; ristrutturazione e accreditamento H Latisana; accreditamento locali ad uso medico
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	50.080,00	importo distribuito sui seguenti 7 obiettivi: sviluppo processi di distrettualizzazione delle aree ad alta integrazione socio- sanitaria; miglioramento qualità servizi sanitari come processo continuo di formazione; centralità dell'apprendimento e delle risorse umane; mantenimento screening della cervice; facilitare processo di inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale a carico del DSM; garantire risposte diversificate a problematiche complesse in capo a gruppi di sogg. quali giovani, familiari ecc; migliorare la presa in carico da parte dei CSM sulle 24 h
A.O.U. Trieste	48.999,40	l'azienda deve ancora completare la contrattazione (importo suddiviso temporaneamente al 50% fra allegtao 8 e 9)
A.O.U. Udine	145.050,24	importo distribuito su seguenti obiettivi: obiettivi strategici aziendale; incremento retribuzione di risultato correlata al raggiungimento di cui al decreto di Budget; obiettivi del Dipartimento Servizi Condivisi
A.O. Pordenone	69.346,76	importo impegnato nei seguenti obiettivi: laboratorio sedi di san vito e spilimbergo; microbiologia, mantenimento attività in condizioni di isorisorse
CRO Aviano	72.000,00	importo impegnato sui seguenti obiettivi: accreditamento istituzionale; sviluppo registro tumori; riorganizzazione procedure trattamento previdenziale personale di AV; stesura documenti programmazione in attuazione del PSSR; avvio PSM entro marzo 2011
Burlo Trieste	48.999,40	importo impegnato nei seguenti obiettivi: mantenimento dei livelli prestazionali del centralino unico; miglioramento livelli di efficienza delle funzioni amm.ve e tecniche, contenimento spesa farmaceutica, riorganizzazione funzione psicologica area materno infantile; continuità servizi assistenziali e tecnico diagnostici; residuan l'importo di € **18.549,40**
TOTALE	**781.387,96**	

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE