

ALLEGATO B

PATTO 2010

tra

REGIONE E DIRETTORE GENERALE

**ai fini della valutazione del Direttore generale e
della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo**

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1.TEMPI DI ATTESA	1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	3. Definire i criteri di priorità per la prima visita	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	NON RAGGIUNTO	2	1	0
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	NON RAGGIUNTO		1	
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	NON RAGGIUNTO	1	1	0
2. INVESTIMENTI	Comprensorio di S.Giovanni a Trieste –realizzazione sede residenziale SC Dipendenza da sostanze legali	a) Approvazione del progetto definitivo da parte dell'Azienda	RAGGIUNTO	15	7,5	7,5
		b) Trasmissione del progetto stesso al NVESS entro il 31.12.2010	NON RAGGIUNTO		7,5	0
3. Linee progettuali Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali	RAGGIUNTO	3	3	3

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Attività di governo clinico	Migliorare la continuità assistenziale dei percorsi semplici in riabilitazione	1. Presa in carico attraverso valutazione e definizione del percorso riabilitativo del 90% dei pazienti secondo protocollo di continuità assistenziale riabilitativa tra ASS 1, AOUST e privati accreditati.	RAGGIUNTO	5	0.35	0.35
		2. Definire almeno un protocollo condiviso di percorsi riabilitativi semplificati in altre patologie (oltre a quelle già in essere nel 2009).	RAGGIUNTO		0.35	0.35
	Censimento, valutazione ed eventuale presa in carico a livello distrettuale dei pazienti con ricovero ospedaliero o seguiti dal SID con diagnosi di scompenso cardiaco non già in carico alla Cardiologia Ospedaliera.	Identificazione ed inserimento nella rete territoriale del paziente cronico di 100 pazienti con scompenso cardiaco.	RAGGIUNTO		0.71	0.71
	Migliorare il percorso diagnostico terapeutico nella BPCO	Incremento dell'esecuzione delle spirometrie negli ambulatori distrettuali pari al 2% rispetto al 2009.	RAGGIUNTO		0.71	0.71
	Verificare l'adeguato follow-up e il compenso metabolico valutato mediante emoglobina glicata dei pazienti diabetici seguiti dai CDD e persi al follow-up negli anni 2007 e 2008 e riprendere in carico in accordo con MMG quelli in scadente compenso metabolico.	Verifica dell'adeguato follow-up e del compenso metabolico nel 70 % dei pazienti diabetici seguiti dai CDD negli anni 2007-2008.	RAGGIUNTO		0.71	0.71
	Proseguire i programmi di educazione terapeutica per i pazienti diabetici	Almeno 8 corsi complessivi	RAGGIUNTO		0.71	0.71

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	Percorsi facilitati bidirezionali tra Centro Cardiovascolare e Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico e stratificazione prognostica dei pazienti diabetici a rischio elevato di eventi cardiovascolari.	Definizione e condivisione del protocollo operativo ed invio e presa in carico rispettivamente dal Centro Cardiovascolare e dai Centri Diabetologici Distrettuali di almeno 20 pazienti secondo percorsi facilitati e condivisi.	RAGGIUNTO		0.71	0.71
	Implementare il SSVR mediante la costituzione di un adeguato sistema di Incident Reporting.	1. Redazione del Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente	STRALCIATO		0.35	-
		2. Elaborazione, avvio ed implementazione di un sistema di incident reporting aziendale	RAGGIUNTO		0.35	0.35
Prevenzione sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionale di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	- Okkio - 6 Classi intervistate per azienda - Passi – 275 interviste - HBSC – 38 classi da campionare	RAGGIUNTO	3	3	3
Cure palliative	Garantire i livelli di assistenza territoriale ai pazienti necessitanti di cure palliative. Mantenere il numero di persone terminali decedute a domicilio (o entro le 72 ore dall'ammissione in ospedale) o nelle strutture territoriali (residenziali e semiresidenziali).	Indicatore: numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica >=48,5%	RAGGIUNTO	3	3	3
Sistema informativo – La firma digitale	Introdurre la firma digitale su tutte le specialità che lavorano con G2.	Firma digitale su tutti i referti prodotti	NON RAGGIUNTO	3	3	0
4. Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR	Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza. In particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO	20	20	20

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
5. Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011, e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti regionali per Area Vasta	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultate del processo di negoziazione, nelle seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio obiettivo stralciato	0.35
Punteggio massimo (punteggio 100 – punteggio obiettivi stralciati 0.35)	99,65
Punteggio raggiunto	86,10
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / punteggio massimo = (86,10/99,65*100)	86,44%

PATTO 2010

tra

REGIONE E DIRETTORE GENERALE

**ai fini della valutazione del Direttore generale e
della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo**

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 2 "ISONTINA"

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. TEMPI DI ATTESA	1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	NON RAGGIUNTO	2	2	0
	3. Definire i criteri di priorità per la prima visita	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	NON RAGGIUNTO	2	1	0
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	NON RAGGIUNTO		1	0
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	RAGGIUNTO	1	1	1
2) INVESTIMENTI	OSPEDALE S. POLO DI MONFALCONE. Adeguamento normativa della piastra del distretto	Aggiudicazione della procedura per la realizzazione dei lavori di 2° lotto entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO	15	15	15
3) LINEE PROGETTUALI Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione del check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza Farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali	RAGGIUNTO	3	3	3
Attività di governo clinico	Prosecuzione attività di formazione e audit (Gestione	Evidenza di incontri di audit distrettuali con MMG (2 incontri per distretto) con	RAGGIUNTO	5	0.23	5

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	integrata diabete, BPCO)	analisi report indicatori di performance Diabete e BPCO (almeno 2 report)				
	Percorso ictus – Promuovere l'approccio riabilitativo precoce	Valutazione > 75% dei pazienti con ictus entro 24h giorni feriali	RAGGIUNTO		0.23	
		Valutazione con test > 85% dei pazienti disfaici	RAGGIUNTO		0.23	
	Percorsi brevi e semplificati in riabilitazione	<p>Protesi d'anca e protesi di ginocchio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita in giornata: 60 per cento; - inizio della rieducazione (secondo i protocolli concordati) in giornata: 50 per cento; - prosieguo : ambulatoriale in fascia breve entro una settimana: 20 per cento. <p>Riabilitazione postchirurgica di spalla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita in giornata: 60 per cento; - inizio rieducazione ambulatoriale entro una settimana: 50 per cento. <p>Percorsi attivi sia nell'ospedale di Gorizia che in quello di Monfalcone ove esiste peraltro il progetto di dimissione rapida per protesi d'anca con accesso anteriore senza aggravio di ulteriore utenza ambulatoriale</p>	RAGGIUNTO		0.23	
	Protocolli e linee guida tempi d'attesa	Evidenza di criteri di accesso per priorità clinica per visita neurologica e visita ginecologica	RAGGIUNTO		0.23	
	Ritardo evitabile nella sindrome coronarica acuta, sistema hub e spoke nell'ictus	1. Evidenza della stesura dei protocolli, aziendali e di AV, clinico/organizzativi previsti dal documento regionale "Standard per la riduzione del ritardo evitabile nello STEMI"	RAGGIUNTO		0.23	
		2. Evidenza di adeguamento alle prescrizioni regionali per autorizzazione	RAGGIUNTO		0.23	

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Area infermieristica		trombolisi nell'ictus, come da nota DC n. 20055 dd. 22.10.09				
	Percorsi semplificati in PS	Evidenza protocollo	RAGGIUNTO		0.23	
	Sicurezza del paziente	1. Percorso operatorio: presenza e applicazione di chek list sala operatoria nei due presidi	RAGGIUNTO		0.23	
		2. Sicurezza del farmaco: effettuata autovalutazione standard ed elaborato piano di miglioramento	RAGGIUNTO		0.23	
		3. Documentazione clinica: presenza di consenso informato modello regionale nei due presidi; effettuata verifica campionaria cartelle su completezza documentazione clinica	RAGGIUNTO		0.23	
		4. Percorso nascita: presenza ed applicazione protocollo selezione gravidanze a rischio, elaborato protocollo di AV prevenzione sofferenza feto-neonatale	RAGGIUNTO		0.23	
	Proseguire il monitoraggio del dolore negli ospedali e nelle UU.OO. territoriali (RSA)	Mantenimento del 95% di valutazione del dolore nelle UU.OO. ospedaliere e nelle RSA	RAGGIUNTO		0.23	
	1. Garantire a tutti i pazienti presi in carico da parte delle strutture di assistenza la valutazione del rischio e/o del livello di lesione presente 2. Proseguire il programma di miglioramento per la continuità assistenziale del	1. il 95% delle cartelle cliniche integrate medico-infermieristiche presentano la scheda di valutazione compilata 2. percorso del soggetto a rischio o con presenza di lesione da decubito documentato attraverso la predisposizione e applicazione di apposite schede di rilevazione	RAGGIUNTO		0.23	
0.23						

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Infezioni ospedaliere	paziente nel percorso ospedale-territorio	3. interventi di prevenzione/trattamento del soggetto a rischio documentati in base all'applicazione delle indicazioni previste dal "righello"			0.23	
	1. Applicare il sistema di rilevazione aziendale delle cadute accidentali in alcune strutture residenziali territoriali e a domicilio previa analisi di fattibilità al fine di monitorare il fenomeno;	1.1. elenco delle strutture territoriali coinvolte (almeno due RSA aziendali ed almeno nel 5% delle persone a rischio caduta assistite a domicilio dal servizio ADI aziendale)	RAGGIUNTO		0.23	
		1.2. Nelle strutture territoriali in elenco viene applicato il sistema di rilevazione aziendale delle cadute e viene raccolta la casistica al fine del monitoraggio degli eventi avversi.	RAGGIUNTO		0.23	
	2. definire procedure per la gestione della segnalazione di evento avverso utilizzando la scheda di rilevazione aziendale;	2. flow-chart disponibile ad uso degli operatori dell'ospedale;	RAGGIUNTO		0.23	
	3. realizzare strumenti informativi rivolti agli utenti dell'ospedale e territorio e agli operatori del territorio (obiettivo 2010-2011)	3. strumenti informativi disponibili (obiettivo 2010-2011): 1 opuscolo informativo rivolto agli operatori ed 1 rivolto agli utenti sia dell'ospedale che delle RSA territoriali	RAGGIUNTO		0.23	
	4. Avviare integrazione con progetto di prevenzione Linea 22 area incidenti domestici con particolare riferimenti agli interventi sul territorio.	4. almeno due incontri di integrazione con il gruppo di lavoro linea 22 area incidenti domestici	RAGGIUNTO		0.23	
	Mantenimento del controllo sulle infezioni ospedaliere	In linea con le incidenze regionali (non superiori all'1%)	RAGGIUNTO		0.23	

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
PREVENZIONE: Sorveglianza Epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionali di sorveglianza epidemiologica: - Progetto "PASSI" - Progetto "OKKO alla salute" - Progetto HBSC	- Partecipazione all'esecutività del progetto nell'attività di rilevazione ed immissione dei dati. Almeno 275 interviste - Partecipazione all'esecutività del progetto nell'attività di rilevazione ed immissione dei dati. Almeno 8 classi intervistate - Partecipazione all'avvio del progetto secondo le indicazioni regionali: 24 classi campionate	RAGGIUNTO	3	3	3
Cure palliative	1. Per il DAI e DBI prosecuzione dell'attività nel 2010	1. mantenimento attività del 2010 (150 ricoveri Hospice, 46% pazienti terminali assistiti/totale deceduti tumore, per DAI e DBI complessivamente); presentazione relazione annuale sulla attività svolta	RAGGIUNTO	3	1.5	1.5
	2. Per il DBI avvio dell'operatività del Nucleo transmurale di cure palliative	2. avvio dell'operatività del Nucleo transmurale di cure palliative: presentazione relazione annuale sulla attività svolta	RAGGIUNTO		1.5	1.5
Sistema Informativo – FIRMA DIGITALE	La firma digitale e la conservazione legale sostitutiva	Avvio della firma digitale dei referti delle prestazioni ambulatoriali per esterni nel 80% dei reparti ospedalieri in cui è installato il G2 clinico	RAGGIUNTO	3	3	3
Piano Sangue	Istituzione del Dipartimento interaziendale di Area Vasta	Trasferimento all'AOU-TS di tutte le funzioni trasfusionali e le relative risorse (non afferenti al CUV); costituzione del Comitato di coordinamento del dipartimento di AV	NON RAGGIUNTO	0	0	0
4) STESURA DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE IN ATTUAZIONE DEL PSSR	* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativi (definizione condivisa in AV delle 2 schede previste dal PSSR per	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606/2010	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		ciascuna Azienda)				
	Area Materno-infantile – Punti nascita	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti				
	* Funzioni Coordinate	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti				
	* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale (1)	studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza. In particolare su gestione pensionistica.				
5) PREDISPOSIZIONE ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL NUOVO MECCANISMO DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011, e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti regionali per Area Vasta	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultate del processo di negoziazione, nelle seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio raggiunto	96
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / Totale punteggio assegnato = (96/100*100)	96%

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**"Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010".**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 3 "ALTO FRIULI"

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. TEMPI DI ATTESA	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	RAGGIUNTO	2	1	1
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO		1	1
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
2. Investimenti	OSPEDALE DI TOLMEZZO Ristrutturazione e accreditamento della struttura	Conclusione dei lavori di III lotto - V e VII progetto	RAGGIUNTO	15	15	15
3. Linee progettuali Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	RAGGIUNTO	3	3	3
Attività di governo clinico	Prosecuzione del controllo sistematico delle apparecchiature biomedicali	Il 100% delle apparecchiature biomedicali per cui è previsto il controllo annuale sono state controllate	RAGGIUNTO	5	1.25	1.25
	Implementazione del programma di	Evidenza di almeno 1 verifica annua	RAGGIUNTO		1.25	1.25

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	sicurezza del percorso operatorio	sulla corretta applicazione del programma di sicurezza del percorso operatorio				
	Implementazione del protocollo di sicurezza dell'uso dei farmaci	Evidenza di almeno 1 verifica annua sulla corretta applicazione del protocollo per la sicurezza dell'uso dei farmaci	RAGGIUNTO		1.25	1.25
	Prosecuzione delle attività di governo clinico delle patologie croniche (BPCO, scompenso cardiaco) anche attraverso i dati di performance messi a disposizione dal Portale SISR e dai MMG/PLS	Evidenza di almeno due audit/incontro informativo per patologia cronica (BPCO, scompenso cardiaco)	RAGGIUNTO		1.25	1.25
Prevenzione – sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionale di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	Realizzazione dell'indagine nel numero di soggetti definito secondo le indicazioni CCM (275) Realizzazione delle attività previste dal coordinamento regionale (2 classi) progetto HBSC 12 classi indagate	RAGGIUNTO	3	3	3
Cure palliative	Prosecuzione dell'attività di audit tra operatori SID e MMG sui pazienti in trattamento per dolore	Evidenza dell' esecuzione di almeno 2 incontri di audit con SID, MMG e oncologi sui pazienti in trattamento per dolore e la gestione del paziente.	RAGGIUNTO	3	3	3
Sistema informativo– La firma digitale	Avvio dell'utilizzo della firma digitale nei reparti di Chirurgia, Ortopedia, ORL, Ginecologia, Ostetricia, Pediatria, Medicina di Gemona e Tolmezzo	Evidenza dell'avvio dell'utilizzo della firma digitale nei reparti: Chirurgia, Ortopedia, ORL, Ginecologia, Ostetricia, Pediatria, Medicina di Gemona e Tolmezzo, secondo il calendario di avviamento che verrà concordato con INSIEL	RAGGIUNTO	3	3	3
4. Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del	* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
PSSR		erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)				
	Ospedali ex Art 21	Presentazione di uno lo studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno lo studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			
5. Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011, e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti regionali per Area Vasta	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultate del processo di negoziazione, nelle seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio raggiunto	100
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / Totale punteggio assegnato = (100/100*100)	
	100%

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**"Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010".**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 "MEDIO FRIULI"

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. TEMPI DI ATTESA	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	RAGGIUNTO	2	1	1
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO		1	1
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
2. Investimenti	PADIGLIONE LEVANTE E HOSPICE DI CIVIDALE Ristrutturazione e ampliamento	Avanzamento dei lavori alla data del 31.12.2010 pari al 60% dell'importo di contratto	RAGGIUNTO	7.5	7.5	7.5
	IMFR GERVAUTTA DI UDINE Ristrutturazione e ampliamento della struttura Il lotto	Pubblicazione del bando per l'individuazione del progettista dell'intervento entro il 30.09.2010	RAGGIUNTO	7.5	7.5	7.5
3. Linee progettuali Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali	RAGGIUNTO	3	3	3
Attività di governo clinico e di	Sistematizzazione dell'attività di governo clinico all'interno dei	Creazione del piano di lavoro ed assegnazione al Dipartimento di	RAGGIUNTO	5	2,5	2,5

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
gestione della sicurezza nelle attività sanitarie	meccanismi operativi aziendali	Prevenzione di una dietista a supporto dell'attività sul diabete svolta dai MMG nei 5 distretti aziendali				
	Consolidamento delle attività per la sicurezza del paziente	Avviamento presso tutte le SOA dell'incident reporting con predisposizione ed attuazione degli specifici Piani di miglioramento.	RAGGIUNTO		1.25	1.25
		Predisposizione del programma, monitoraggio ed attuazione delle attività per la qualità e la sicurezza delle cure in tutte le SOA secondo quanto concordato in sede di Comitato aziendale per il governo clinico	RAGGIUNTO		1.25	1.25
Prevenzione - Sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionali di sorveglianza epidemiologica: - progetto "OKKIO alla salute" - progetto "PASSI" - progetto "HBSC"	Realizzazione dei seguenti livelli minimi di attività previsti dal livello regionale: - progetto "OKKIO alla salute": min. 12 classi intervistate - progetto "PASSI": min. 275 interviste - progetto "HBSC": min. 58 classi da campionare	RAGGIUNTO	3	3	3
Cure palliative	Migliorare le prassi operative per il trattamento del dolore nei diversi setting aziendali	Mantenimento della rilevazione del dolore almeno nel 95% delle cartelle cliniche, secondo i criteri definiti nel 2009	RAGGIUNTO	3	3	3
Sistema informativo – La firma digitale	Estensione utilizzo firma digitale	Distribuzione entro il 31.12.2010 delle carte operatore al personale medico dei Dipartimenti chirurgico e materno-infantile	RAGGIUNTO	3	3	3
4. Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR	Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20
	Ospedali ex Art.21	Presentazione di uno studio di fattibilità	RAGGIUNTO			

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	(Ass4 e AOUUD condiviso)	orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti				
	Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza in particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			
5. Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011, e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti regionali per Area Vasta	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultate del processo di negoziazione, nelle seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio raggiunto	100
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / Totale punteggio assegnato = (100/100*100)	
	100%

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**"Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010".**

Valutazione del Direttore generale

Criteria e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 5 "BASSA FRIULANA"

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. TEMPI DI ATTESA	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	RAGGIUNTO	2	1	1
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO		1	1
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
2. Investimenti	OSPEDALE DI LATISANA Ristrutturazione e accreditamento della struttura	Avanzamento dei lavori alla data del 31.12.2010 pari al 10 % dell'importo di contratto	RAGGIUNTO	15	15	15
3. Linee progettuali Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale.	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	RAGGIUNTO	3	3	3
Attività di governo clinico	Eventi sentinella: elaborazione di documenti aziendali	Evidenza dell'approvazione e dell'applicazione di: - il protocollo aziendale sulla sicurezza della terapia	RAGGIUNTO	5	0.41	0.41

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		farmacologica – parte seconda - il protocollo aziendale sulla prevenzione del suicidio dei pazienti in ospedale				
	Documentazione sanitaria: revisione della scheda integrata per la terapia farmacologica	Evidenza dell'approvazione e dell'applicazione della scheda integrata aggiornata per la terapia farmacologica	RAGGIUNTO		0.41	0.41
	Infezioni nelle organizzazioni sanitarie: revisione del documento aziendale sul cateterismo vescicale	Evidenza dell'approvazione e dell'applicazione del protocollo aziendale aggiornato sul cateterismo vescicale	RAGGIUNTO		0.41	0.41
	Lesioni da decubito: aggiornamento del protocollo aziendale sulle lesioni da decubito	Evidenza dell'approvazione e dell'applicazione del protocollo aziendale aggiornato sulle lesioni da decubito	RAGGIUNTO		0.41	0.41
	Sicurezza del percorso operatorio: elaborazione di documenti aziendali sulla profilassi della trombosi venosa profonda e sulla gestione dei pazienti allergici al lattice	Evidenza dell'approvazione e dell'applicazione del - protocollo aziendale sulla profilassi della trombosi venosa profonda - protocollo aziendale sulla gestione dei pazienti allergici al lattice	RAGGIUNTO		0.41	0.41
	– Sicurezza degli operatori sanitari Favorire il ruolo e facilitare gli obblighi cui sono chiamati i responsabili della sicurezza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.	Il software aziendale "Gestione interventi d.lgs.81/2008": 1. è direttamente accessibile, oltre che ai direttori S.O.A., anche ai responsabili della sicurezza.	RAGGIUNTO		0.20	0.20
		2. contiene uno specifico archivio, disponibile on line, con i documenti di valutazione dei rischi elaborati e aggiornati dal SPPA	RAGGIUNTO		0.20	0.20
	Valutazione di fattibilità di realizzazione di un Sistema Gestione Sicurezza certificato da Ente terzo.	Vi è evidenza di un documento di valutazione della fattibilità di un percorso di realizzazione di un Sistema Gestione Sicurezza certificato.	RAGGIUNTO		0.41	0.41

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	Perseguire il miglioramento della qualità della rete di emergenza.	Partecipazione ai tavoli tecnici in area vasta sull'ICTUS	RAGGIUNTO		0.14	0.14
		Adozione di un protocollo aziendale per percorsi semplificati di fast track per il trauma minore con coinvolgimento della competenza radiologica ed ortopedica entro il 30 agosto 2010.	RAGGIUNTO		0.14	0.14
		Applicazione dei percorsi di fast-track da settembre 2010.	RAGGIUNTO		0.14	0.14
	Gestione integrata della BPCO, percorso ictus, gestione dello scompenso cardiaco congestizio: prosecuzione attività di reportistica	La reportistica è stata pubblicata sul sito intranet.	RAGGIUNTO		0.41	0.41
	Gestione integrata del diabete	- E' stata effettuata la formazione per il Gruppo dei Volontari e predisposto uno studio di fattibilità per un progetto di "Medicina narrativa".	RAGGIUNTO		0.14	0.14
		- Sono stati realizzati sei incontri con la popolazione in collaborazione con l'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana	RAGGIUNTO		0.14	0.14
		- Sono stati effettuati almeno due corsi di formazione per il personale sanitario.	RAGGIUNTO		0.14	0.14
	Valutazione e miglioramento della rete delle cure palliative: Semplificazione dei percorsi di corretta gestione dei pazienti	Evidenza dell'approvazione e dell'applicazione di protocollo aziendale sulla gestione del paziente candidato a cure palliative	RAGGIUNTO		0.41	0.41
	Percorsi brevi e semplificati in riabilitazione in coerenza con i processi di semplificazione contenuti nella LR 7/2009	Il 90% delle persone operate di artroprotesi d'anca, ginocchio, frattura di femore, capsulite adesiva e cuffia dei rotatori sono dimesse con la prescrizione del trattamento	RAGGIUNTO		0.41	0.41

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		riabilitativo effettuata dall' ortopedico (Ospedale di Latisana)				
Prevenzione – sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionale di sorveglianza epidemiologica: - progetto “PASSI” - progetto “OKKIO alla salute” - progetto HBSC	Completezza delle rilevazioni previste: – Okkio = 5 scuole – Passi >= 275 interviste – HBSC >= 18 classi	RAGGIUNTO	3	3	3
Cure palliative	Prosecuzione attività di valutazione sulla base di indicatori regionali e ministeriali e relativi programmi di miglioramento.	Rilevamento del controllo del dolore con strumenti validati in almeno il 50% dei pazienti presi in carico dai servizi domiciliari del distretto nell'ambito di un programma di cure palliative.	RAGGIUNTO	3	3	3
Sistema informativo – La firma digitale	Estensione dei sistemi di refertazione digitale alle strutture ospedaliere.	Attivazione dei sistemi di refertazione digitale in entrambi le sedi ospedaliere in Chirurgia, Ortopedia, Oculistica, Pediatria, Cardiologia	RAGGIUNTO	3	3	3
4. Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR	* Piano ospedaliero aziendale	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)	RAGGIUNTO	20	Non frazionabile	20
	* Funzioni “coordinate”	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza in particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	Area materno infantile - Punti nascita	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
5. Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011, e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti regionali per Area Vasta	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultato del processo di negoziazione, nelle seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio raggiunto	100
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / Totale punteggio assegnato = (100/100*100)	100%

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA “OSPEDALI RIUNITI” di TRIESTE

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. TEMPI DI ATTESA	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	NON RAGGIUNTO	2	1	0
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	NON RAGGIUNTO		1	0
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
2. Investimenti	COMPRESORIO DI CATTINARA Riordino della rete ospedaliera triestina Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara, adeguamento logistico del comprensorio e nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo	Trasmissione entro il 31.12.2010 alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali dello studio di fattibilità dell'intervento, aggiornato e completo, approvato da parte dell'Azienda	RAGGIUNTO	15	15	15
3. Linee progettuali Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	RAGGIUNTO	3	3	3
Attività di governo	Mantenimento del sistema di	Dimessi da CARDIOLOGIA e residenti in	RAGGIUNTO	5	1.25	1.25

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO	
clinico	referral presso AOUTs della casistica residente in ASS2 (progetto "Ritardo evitabile pazienti con STEMI")	ASS2 (2009) = 421					
	Sistema hub e spoke per la Trombolisi nell'ictus: Attivazione del protocollo di AV per il trattamento trombolitico dei pazienti colpiti da ictus	Condivisione del protocollo di trattamento dei pazienti colpiti da Ictus ischemico acuto residenti nell'Area Vasta Giuliano Isontina tra AOUTs e ASS2 e approvazione delle modalità organizzative per il coordinamento della funzione	STRALCIATO		1.25	-	
	Percorsi semplificati in riabilitazione: riduzione i tempi di degenza dei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia ortopedica	degenza post-intervento chirurgico per i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico ortopedico, e rientranti in uno dei tre protocolli semplificati, inferiori del 5% rispetto al 2009	RAGGIUNTO		1.25	1.25	
	Programma Minimizzazione Rischio Clinico: Mantenimento attività 2009	Viene mantenuto il sistema di reporting AOUTs centrato sul coordinamento dei gruppi di lavoro specifici sulle principali linee di lavoro del 2009. Entro il 31.12.2010 si prevede di:					
		1. ridurre del 2% il tasso di infezioni nosocomiali,	NON RAGGIUNTO		0.25	0	
		2. mantenere la prevalenza delle lesioni da decubito,	NON RAGGIUNTO		0.25	0	
		3. mantenere l'inappropriatezza della richiesta trasfusionale al valore del 2009 (3%) e di incompletezza della richiesta trasfusionale al valore del 2008 (16%),	RAGGIUNTO		0.25	0.25	
		4. mantenere i rientri non programmati in sala attribuibili al reparto ai valori del 2009 (3%),	RAGGIUNTO		0.25	0.25	
5. mantenere la qualità (completezza) della documentazione clinica a valori >=70%	RAGGIUNTO		0.25	0.25			

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Prevenzione - screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	<u>Ca della cervice uterina</u> Revisione del 95% della casistica assegnata	RAGGIUNTO	3	1	1
		<u>Screening dei tumori della mammella</u> - prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato >=95% - donne con diagnosi complessiva di percorso (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello >=90%	RAGGIUNTO		1	1
		<u>Screening dei tumori del colon retto</u> Colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening >=95%	RAGGIUNTO		1	1
Cure palliative	Partecipare alla definizione e all'implementazione degli standard di qualità della rete regionale per le cure palliative	L'AOU concorda, con le ASS di competenza, la continuità assistenziale nel 100 % dei casi oncologici trattati che necessitano di domiciliarizzazione delle cure palliative.	RAGGIUNTO	3	3	3
Piano Sangue	Istituzione del Dipartimento interaziendale di Area Vasta	Trasferimento all'AOU-TS di tutte le funzioni trasfusionali e delle relative risorse (non afferenti al CUV); costituzione del Comitato di coordinamento del dipartimento di AV.	RAGGIUNTO	3	3	3
Sistema informativo - La firma digitale -	Utilizzo della firma digitale	Avvio dell'utilizzo della firma digitale in almeno 3 reparti	RAGGIUNTO	3	3	3
4. Stesura dei documenti di programmazione in	Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
attuazione del PSSR		complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)				
	Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			
5. Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011, e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti regionali per Area Vasta	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultate del processo di negoziazione, nelle seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio obiettivo stralciato	1.25
Punteggio massimo (punteggio 100 – punteggio obiettivi stralciati 0.35)	98,75
Punteggio raggiunto	96,25
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / punteggio massimo = (86,10/99,65* 100)	97,47%

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteria e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI UDINE

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. Tempi di attesa	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	RAGGIUNTO	2	1	1
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO		1	1
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
2. Investimenti	POLO OSPEDALIERO UDINESE Nuovo edificio ospedaliero, ristrutturazioni e sistemazione logistica del comprensorio	Conclusioni della progettazione esecutiva e avvio entro il 31.12.2010 dei lavori principali della I fase della realizzazione della Centrale tecnologica e dell'edificio dei laboratori	RAGGIUNTO	7.5	7.5	7.5
		Trasmissione alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali di un progetto generale aggiornato di inquadramento dell'intervento di riqualificazione del Polo ospedaliero udinese entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO	7.5	7.5	7.5
3. Linee progettuali Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	RAGGIUNTO	3	3	3
Attività di governo clinico	Cartella clinica integrata nelle strutture di degenza	È adottata la cartella clinica integrata nel 100% delle strutture di degenza	RAGGIUNTO	5	0.33	0.33
	Consenso informato	I nuovi moduli di consenso informato sono adottati nel 100% delle strutture	RAGGIUNTO		0.33	0.33
	Migliorare l'appropriatezza d'uso del sangue	- Sono effettuati almeno 10 audit	RAGGIUNTO		0.16	0.16
		- Sono predisposti report semestrali sull'utilizzo di antitrombina III, albumina e IG vena	RAGGIUNTO		0.16	0.16
	Applicare e monitorare percorso ictus	Sono predisposti 2 report annuali relativi all'applicazione del percorso	RAGGIUNTO		0.33	0.33
	Applicare e monitorare percorso operatorio	Sono predisposti 2 report annuali relativi all'applicazione del percorso	RAGGIUNTO		0.33	0.33
	Definire, applicare e monitorare percorso nascita	1. È definito il percorso di triage ostetrico-ginecologico	RAGGIUNTO		0.16	0.16
		2. Sono predisposti 2 report annuali relativi all'applicazione del percorso	NON RAGGIUNTO		0.16	0
	Applicare e monitorare il protocollo per gravi traumi	Rispondenza codice di attivazione e riscontro nei casi di livello 1 > 90%	RAGGIUNTO		0.33	0.33
	Garantire la tempestività dell'intervento operatorio per il paziente traumatizzato	% pazienti con età >= 65 anni con frattura di femore operati entro 1 giorno = 25%	NON RAGGIUNTO		0.33	0
	Ridurre il ritardo evitabile nella sindrome coronarica acuta	- ECG domiciliari nel dolore toracico > 80%	RAGGIUNTO		0.08	0.33
		- Pazienti con dolore toracico ospedalizzati da 118 > 55%	RAGGIUNTO		0.08	
		- Tempo di target del 118 sul paziente con dolore toracico: mediana < 20'	RAGGIUNTO		0.08	
		- Tempo di ospedalizzazione del paziente con dolore toracico: mediana < 30'	RAGGIUNTO		0.08	
	Prevenire il rischio da caduta dei pazienti.	- Il protocollo è adottato nel 100% delle strutture	RAGGIUNTO		0.16	0.16

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		- Sono predisposti 2 report annuali relativamente agli indicatori individuati.	RAGGIUNTO		0.16	0.16
	Prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	La percentuale di pazienti sottoposta a valutazione del rischio è coerente con le indicazioni regionali	RAGGIUNTO		0.33	0.33
	Gestione del dolore	La percentuale di pazienti sottoposta a valutazione del dolore all'ingresso è coerente con le indicazioni regionali	NON RAGGIUNTO		0.33	0
	Sviluppare il programma regionale controllo infezioni	È prodotta la reportistica trimestrale alla Regione	RAGGIUNTO		0.33	0.33
	Programma di controllo delle apparecchiature biomediche	È prodotta la reportistica sulle manutenzioni programmate	RAGGIUNTO		0.33	0.33
	Programma regionale di sicurezza dell'uso dei farmaci	Superamento delle parziali non conformità evidenziate entro il 30.9: - identificazione e gestione dei farmaci off-label	RAGGIUNTO		0.16	0.16
		- adozione della "scheda unica di terapia" informatizzata o cartacea	RAGGIUNTO		0.16	0.16
Prevenzione - H/8 screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	Ca della cervice uterina Revisione del 95% della casistica assegnata	RAGGIUNTO	3	1	1
		Screening dei tumori della mammella - prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato >=95% - donne con diagnosi complessiva di percorso (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello >=90%	NON RAGGIUNTO		1	0
		Screening dei tumori del colon retto Colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening >=95%	RAGGIUNTO		1	1

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Cure palliative	Miglioramento della qualità dell'assistenza ai malati terminali	- % di ricoveri con durata superiore a 30 giorni <25%	RAGGIUNTO	3	1.5	1.5
		- % pazienti dimessi a domicilio > 20%	RAGGIUNTO		1.5	1.5
Sistema informativo – La firma digitale	Utilizzo della firma digitale sui referti delle prestazioni ambulatoriali (per pazienti esterni ed interni)	- Tutti i referti delle prestazioni ambulatoriali prodotti per pazienti interni ed esterni - sono firmati digitalmente.	NON RAGGIUNTO	3	1.5	0
		- I documenti sono trasmessi al sistema regionale di conservazione legale sostitutiva.	RAGGIUNTO		1.5	1.5
4. Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR	* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20
	Ospedali ex Art 21 * ASS 4 e AOUUD condiviso	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			
5. Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011, e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultate del processo di negoziazione, nelle seguenti voci:	RAGGIUNTO	20	20	20

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
meccanismo di finanziamento delle Aziende	regionali per Area Vasta	<ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 				

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio raggiunto	97,67
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / Totale punteggio assegnato = (97,67/100*100)	97,67%

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA OSPEDALIERA DI PORDENONE

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. Tempi di attesa	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	NON RAGGIUNTO	2	1	0
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO		1	1
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
2. Investimenti	OSPEDALE DI PORDENONE Nuovo ospedale di Pordenone	Pubblicazione del bando per l'individuazione del progettista dell'intervento entro il 31-12-2010	STRALCIATO	15	15	-
3. Linee progettuali Accreditamento Istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza Farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	RAGGIUNTO	3	3	3
Attività di governo clinico	Completamento dei percorsi su Diabete e BPCO, implementazione percorso IMA, scompenso cardiaco congestizio e continuità del percorso ictus	1. Nell'ambito della patologia diabetica: - Misurazione di HbA1c almeno una volta l'anno - Misurazione della microalbuminuria una volta l'anno - Misurazione del quadro lipidico una volta l'anno	RAGGIUNTO	5	0.55	0.55

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		- Compilazione della scheda per valutare l'incidenza di occorrenza di nuove complicazioni.				
		2. Miglioramento della presa in carico dei pazienti con BPCO e della continuità assistenziale;	RAGGIUNTO		0.55	0.55
		3. Attività di teleconsulto in cardiologia per la riduzione dei ricoveri inappropriati: 2009 accessi evitati dopo teleconsulto n°513; per il 2010 si prevede il mantenimento/ incremento	RAGGIUNTO		0.55	0.55
		4. Attivazione stroke unit entro il 30/11/2010.	RAGGIUNTO		0.55	0.55
	Riduzione dei danni al paziente a causa di errori umani o processi inadeguati	1. Produzione di report riferito alle segnalazioni di incident reporting alla loro gestione ed ai miglioramenti ottenuti;	RAGGIUNTO		0.55	0.55
		2. Monitoraggi periodici delle cartelle cliniche, chiuse ed aperte, produzione di report, discussione con le SC e piani di formazione e miglioramento ritenuti necessari.	RAGGIUNTO		0.55	0.55
		3. Monitoraggi periodici riferiti alle infezioni ospedaliere, al lavaggio delle mani, alle lesioni da decubito, alle cadute accidentali, Piani di miglioramento per ridurre i rischi rilevati entro il 31 dicembre 2010	RAGGIUNTO		0.55	0.55
		4. Introduzione della scheda di SO anche presso il Blocco Operatorio dell'Ostetricia entro il 31 dicembre 2010	RAGGIUNTO		0.55	0.55
		5. Collaborazione al programma regionale di sicurezza dell'uso dei farmaci.	RAGGIUNTO		0.55	0.55
Prevenzione – Screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	Ca della cervice uterina - Revisione del 95% della casistica assegnata	RAGGIUNTO	3	1	1
		Screening dei tumori della mammella - prestazioni di 2° livello (mammografia,	RAGGIUNTO		1	1

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato >=95% - donne con diagnosi complessiva di percorso (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello >=90%				
		Screening dei tumori del colon retto - Colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening >=95%	RAGGIUNTO		1	1
Cure Palliative	Mantenimento collaborazione con ASS 6 per trattamenti antalgici di 2° livello	Incremento dei trattamenti antalgici dei pazienti oncologici: - Nel 2009 trattati 107 pazienti - Previsione del 2010: + 10%	RAGGIUNTO	3	3	3
Sistema informativo- La firma digitale	Proseguimento attività di estensione firma digitale	Estensione della firma digitale dei referti delle prestazioni ambulatoriali a tutte le strutture operative in cui è presente il G2 clinico	RAGGIUNTO	3	3	3
4. Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR	* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20
	Ospedali ex Art 21 * ASS 6 e AOPN condiviso)	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Ospedali riuniti di Pordenone	Studio di fattibilità condiviso tra le 2 Aziende	RAGGIUNTO			

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo				
	* Piano aziendale di Riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			
5. Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle aziende	Introduzione in Area Vasta del nuovo meccanismo di finanziamento introdotto per l'esercizio 2011	Stipula accordo di Area Vasta per la distribuzione delle risorse finanziarie conseguenti alla introduzione del nuovo meccanismo di finanziamento a valere per l'esercizio finanziario 2011	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio obiettivo stralciato	15
Punteggio massimo (punteggio 100 – punteggio obiettivi stralciati 15)	85
Punteggio raggiunto	84
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / punteggio massimo = (84/85*100)	98,82%

PATTO 2010

tra

REGIONE E DIRETTORE GENERALE

**ai fini della valutazione del Direttore generale e
della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo**

IRCCS BURLO

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
1. Tempi di attesa	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO	20	20	20
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	NON RAGGIUNTO	2	1	0
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	NON RAGGIUNTO		1	0
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
2. Investimenti	COMPRESORIO DI CATTINARA Riordino della rete ospedaliera triestina Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara, adeguamento logistico del comprensorio e nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo	Trasmissione entro il 31.12.2010 alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali dello studio di fattibilità dell'intervento aggiornato e completo, approvato da parte dell'Istituto	RAGGIUNTO	15	15	15
3. Linee progettuali Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3
Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	STRALCIATO	3	3	-
Attività di governo	Completare l'attivazione del	Presenza di check list compilate nel 100 %	NON	5	1.66	0

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
clinico	programma di sicurezza del percorso operatorio.	delle cartelle cliniche di pazienti chirurgici dell'ultimo trimestre.	RAGGIUNTO			
	Consolidare l'efficienza del programma sulla sicurezza del percorso nascita.	1) Il 100 % dei CEDAP è inserito, attraverso il SIASI, nel registro regionale dei tagli cesarei.	RAGGIUNTO		0.42	0.42
		2) La scheda ostetrico-neonatologica è utilizzata per ogni nato dell'Istituto.	RAGGIUNTO		0.42	0.42
		3) Validazione del sistema di cardiocografia a domicilio su 100 gravidanze a medio rischio.	NON RAGGIUNTO		0.42	0
		4) Proseguimento dell'attività iniziata nel 2009 per il monitoraggio glicemico domiciliare: aumento di almeno 10% dell'attività 2009 (43 donne).	RAGGIUNTO		0.42	0.42
	Documentazione clinica: 1. nuova procedura di gestione della documentazione clinica; 2. nuova cartella clinica secondo gli standard JCI.	1. La procedura di gestione della documentazione clinica viene completata ed è operativa.	RAGGIUNTO		0.83	0.83
		2. La nuova cartella clinica è utilizzata da tutte le SS.CC. con attività clinica.	RAGGIUNTO		0.83	0.83
Prevenzione - screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	<u>Screening cervice uterina:</u> collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale: revisione del 95% della casistica assegnata	RAGGIUNTO	3	3	3
Cure palliative	Partecipare alla definizione e all'implementazione degli standard di qualità della rete regionale per le cure palliative, secondo quanto richiesto all'IRCCS, rispetto alla propria mission, dalla programmazione regionale	L'Istituto concorda, con le ASS di competenza, la continuità assistenziale nel 100 % dei casi oncologici trattati che necessitano di domiciliarizzazione delle cure palliative.	RAGGIUNTO	3	3	3
Sistema informativo – La firma digitale	Attivare la firma digitale dei referti delle prestazioni ambulatoriali per tutte le unità operative che utilizzano il G2 clinico, previa	Viene attivata la firma digitale nelle seguenti strutture: - ambulatorio SCO Oculistica - ambulatorio SCO Ortopedia	RAGGIUNTO	3	3	3

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	disponibilità dello strumento di visualizzazione adeguato alla decisione clinica.	- ambulatorio SCO Chirurgia - ambulatorio SCO Otorino				
Piano sangue	Istituzione del Dipartimento interaziendale di Area Vasta	Trasferimento all'AOU-TS di tutte le funzioni trasfusionali e delle relative risorse (non afferenti al CUV); costituzione del Comitato di coordinamento del dipartimento di AV;	RAGGIUNTO	0	0	0
4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR	* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20
	* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			
5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende	La DGR 2384/2010, con cui si approvano le linee per la gestione del SSR 2011 e le indicazioni metodologiche trasmesse alle aziende prevedono il riparto dell'assegnazione dei finanziamenti regionali per Area Vasta	Nella predisposizione dei bilanci preventivi, le Aziende sono tenute a contabilizzare il riparto del finanziamento assegnato per Area Vasta, quale risultate del processo di negoziazione, nelle seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> • quota pro-capite • funzioni parzialmente tariffate • quota a sostegno delle attività degli IRCCS 	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio obiettivo stralciato	3
Punteggio massimo (punteggio 100 – punteggio obiettivi stralciati 3)	97
Punteggio raggiunto	92,92
Percentuale di raggiungimento: $\text{Punteggio raggiunto} / \text{punteggio massimo} = (92,92/97 \cdot 100)$	95,79%

PATTO 2010

tra

REGIONE E DIRETTORE GENERALE

**ai fini della valutazione del Direttore generale e
della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo**

IRCCS CRO

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
TEMPI DI ATTESA	*1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati	RAGGIUNTO 66%	20	20	13.2
	2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	RAGGIUNTO	2	2	2
	* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010	RAGGIUNTO	2	1	1
		3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	RAGGIUNTO		1	1
	4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità.	RAGGIUNTO	1	1	1
Investimenti	OSPEDALE CRO DI AVIANO Ampliamento e adeguamento dell'ospedale	Avanzamento delle opere relative all'intervento di ampliamento e ristrutturazione (l stralcio) alla data del 31.12.2010 pari al 80 % dell'importo di contratto	RAGGIUNTO	15	15	15
Linee progettuali 1 Accredитamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accredитamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accredитamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	RAGGIUNTO	3	3	3
2. Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	RAGGIUNTO	3	3	3

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
3 Attività di governo clinico	Attuare le indicazioni e azioni relative alla sicurezza del percorso operatorio sviluppate nel 2009 dal gruppo di lavoro aziendale anche in conformità alla check list di autovalutazione ed alle raccomandazioni ministeriali	1. definizione, entro il 31/12/2010, di una procedura aziendale per la sorveglianza, il monitoraggio e la prevenzione e formazione in riferimento al percorso operatorio con riferimento anche alle più recenti indicazioni Ministeriali	RAGGIUNTO	5	0.35	0.35
		2. applicazione della procedura della check list del percorso operatorio entro il 30/09/2010			0.35	0.35
	Diffondere e attivare in sede aziendale le indicazioni per la sicurezza dell'uso dei farmaci emerse dalla partecipazione alle attività del gruppo regionale e dalle raccomandazioni ministeriali	1. Costituzione del gruppo aziendale per la sicurezza dell'uso dei farmaci	RAGGIUNTO		0.08	0.08
		2. Condivisione con il gruppo aziendale delle indicazioni emerse dalla standard regionali per la sicurezza del paziente e delle raccomandazioni Ministeriali			0.08	0.08
		3. Diffusione delle informazioni anche mediante incontri aziendali di formazione sulle tematiche del rischio			0.08	0.08
		4. Attivazione delle eventuali azioni di miglioramento emerse dalla autovalutazione			0.08	0.08
	Definire degli standard di qualità della documentazione clinica	condivisione ed adozione di una griglia di valutazione della documentazione clinica (in particolare cartella clinica) ed analisi a campione della documentazione entro il 31/12/2010. Eventuale integrazione con cartella informatizzata. Rivalutazione secondo gli standard certificativi di AC.	RAGGIUNTO		0.71	0.71
Attuare le indicazioni del	Applicazione della procedura aziendale	RAGGIUNTO	0.71	0.71		

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
	documento aziendale relative all'informazione al paziente e consenso all'atto sanitario sviluppate nel 2009 dal gruppo di lavoro aziendale anche in conformità alla check list di autovalutazione ed alle indicazioni del documento regionale	per la gestione dell'informazione al paziente ed il consenso all'atto sanitario; verifica in sede di audit con le associazioni rappresentative dei pazienti.				
	Diffusione e implementazione della cultura della segnalazione degli eventi e diffusione e condivisione della scheda di Incident Reporting sviluppata nel 2009 dal gruppo di lavoro aziendale	Notifica alla Direzione Sanitaria delle segnalazioni degli eventi (incident reporting) da parte delle strutture operative (adozione della scheda in almeno il 50% delle strutture operative cliniche)	RAGGIUNTO		0.71	0.71
	Diffusione a livello aziendale delle modalità di monitoraggio delle cadute accidentali secondo le indicazioni del programma regionale e delle criticità emerse dalla autovalutazione	1. definizione di una procedura di monitoraggio/prevenzione del rischio delle cadute accidentali coerente con le specifiche caratteristiche del CRO 2. diffusione ed adozione della procedura in almeno il 50% delle strutture operative di degenza.	RAGGIUNTO		0.35	0.35
					0.35	0.35
	Nell'ambito del progetto buon uso del sangue, monitoraggio dell'applicazione della procedura per la sicurezza della trasfusione in sede aziendale	compilazione della check-list di monitoraggio della procedura in almeno il 90% dei casi di trasfusione	RAGGIUNTO		0.71	0.71
12 Prevenzione - H/8 screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	Ca della cervice uterina - Revisione del 95% della casistica assegnata	RAGGIUNTO	3	1	1

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		Screening dei tumori della mammella - prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato >=95% - donne con diagnosi complessiva di percorso (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello >=90%	RAGGIUNTO		1	1
		Screening dei tumori del colon retto Colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening >=95%	NON RAGGIUNTO		1	0
13 Cure palliative	Implementazione della rete di cure palliative in area vasta in collaborazione con le aziende, nel distretto ovest e in casi particolari negli altri distretti, in accordo con la direzione sanitaria dell'Istituto	- n° di malati per i quali il tempo di attesa massimo tra la segnalazione del caso da parte del D.S.S. (distretto) e l'attivazione della assistenza specialistica di C.P. è ≤ a 3 giorni: ≥ 80% del n° totale dei pazienti assistiti - n° medio di giorni di assistenza specialistica di C.P. erogate a domicilio per i pazienti seguiti nei programmi concordati con i distretti: ≥ 55	RAGGIUNTO	3	1.5	1.5
			RAGGIUNTO		1.5	1.5
24 Sistema informativo – La firma digitale	Proseguire l'utilizzo della firma digitale	Completare l'utilizzo della firma digitale ai referti delle strutture diagnostiche supportate da sistemi SISR in grado di garantire la conservazione sostitutiva: - entro il 31/07/2010 per la struttura di oncematologia clinico sperimentale; - entro il 31/12/2010 per la struttura	RAGGIUNTO	3	3	3

PROGETTUALITA'	OBIETTIVO AZIENDALE	RISULTATO ATTESO	ESITO	PUNTEGGIO ASSEGNATO DA DGR 1606	PUNTEGGIO PARZIALE	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
		di anatomia patologica.				
Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR	* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)	RAGGIUNTO	20	NON FRAZIONABILE	20
	* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.	RAGGIUNTO			
	* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica	RAGGIUNTO			
4) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende	Introduzione in Area Vasta del nuovo meccanismo di finanziamento introdotto per l'esercizio 2011	Stipula accordo di Area Vasta per la distribuzione delle risorse finanziarie conseguenti alla introduzione del nuovo meccanismo di finanziamento a valere per l'esercizio finanziario 2011	RAGGIUNTO	20	20	20

Totale punteggio assegnato	100
Punteggio raggiunto	91,20
Percentuale di raggiungimento: Punteggio raggiunto / Totale punteggio assegnato = (91,20/100*100)	91,20%

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE