

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1771 DEL 11 SETTEMBRE 2015

CONSOLIDATO CONSUNTIVO 2014 - ALLEGATO 3

**RELAZIONE ANNUALE SULLO  
STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA CONSOLIDATO  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

**ANNO 2014**

---

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

## INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	pag. 4
<b>1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2014</b>	
1.1 Il Quadro generale .....	“ 6
<b>2. LIVELLO DI REALIZZAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE E GESTIONALI</b>	
2.1 Sviluppi di attività e strutture realizzate nel 2014 .....	“ 7
2.2 L'attuazione delle progettualità del SSR .....	“ 13
2.2.1 Scelte strategiche regionali .....	“ 13
2.2.2 Erogazione dei livelli di assistenza .....	“ 13
2.2.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari .....	“ 14
<b>3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE</b> .....	“ 20
<b>4. GLI INVESTIMENTI EFFETTUATI</b>	
4.1 Le risorse .....	“ 34
4.2 Il programma .....	“ 35
4.3 Attuazione degli investimenti edilizi .....	“ 38
4.4 Attuazione degli investimenti in beni mobili e tecnologie .....	“ 42
<b>5. GLI OBIETTIVI ECONOMICI E L'UTILIZZO DELLE RISORSE</b>	
5.1 La situazione economica .....	“ 47
5.2 La situazione patrimoniale .....	“ 52
<b>6. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE NELL'ANNO 2014</b> .....	“ 57
ASS n. 1 “TRIESTINA”	
Linee Progettuali .....	“ 58
Investimenti .....	“ 109
ASS n. 2 “ISONTINA”	
Linee Progettuali .....	“ 111
Investimenti .....	“ 170
ASS n. 3 “ALTO FRIULI”	
Linee Progettuali .....	“ 172
Investimenti .....	“ 223
ASS n. 4 “MEDIO FRIULI”	
Linee Progettuali .....	“ 225
Investimenti .....	“ 281
ASS n. 5 “BASSA FRIULANA”	
Linee Progettuali .....	“ 283
Investimenti .....	“ 335
ASS n. 6 “FRIULI OCCIDENTALE”	
Linee Progettuali .....	“ 338
Investimenti .....	“ 389
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA “OSPEDALI RIUNITI” DI TRIESTE	
Linee Progettuali .....	“ 391
Investimenti .....	“ 418

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "S. MARIA DELLA MISERICORDIA" DI UDINE	
Linee Progettuali .....	" 420
Investimenti .....	" 451
AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA DEGLI ANGELI" DI PORDENONE	
Linee Progettuali .....	" 455
Investimenti .....	" 482
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE	
Linee Progettuali .....	" 484
Investimenti .....	" 511
IRCCS "CRO" DI AVIANO	
Linee Progettuali .....	" 513
Investimenti .....	" 533
INDICATORI EROGAZIONE LEA	
Area vasta Giuliano Isontina .....	" 536
Area vasta Udinese .....	" 540
Area vasta Pordenonese .....	" 544
<b>7. DATI DI SINTESI 2014</b>	
7.1 Attività sanitarie .....	" 547
7.2 Rendicontazione RAR .....	" 559

## PREMESSA

---

La presente Relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato, prevista dall'articolo 28 della legge LR 19.12.1996 n. 49, costituisce la sintesi delle relazioni sulla gestione che i Direttori Generali/Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Regionali, ai sensi dell'articolo 26 della medesima legge, hanno redatto e approvato per l'anno 2014 assieme al bilancio di esercizio ed illustra i risultati conseguiti dal Servizio Sanitario Regionale rispetto agli obiettivi definiti a livello regionale.

Le deliberazioni giuntali, che hanno regolato la gestione del SSR per l'anno 2014 fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo trimestrale di gestione sono state le seguenti:

- DGR 2305 del 6 dicembre 2013, "Lr 49/1996, art 12: linee annuali per la gestione del sss per l'anno 2014. approvazione"
- DGR 612 del 4 aprile 2014, "Approvazione del patto per l'anno 2014 con i direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale."
- DGR 1322 del 11 luglio 2014, "Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2014 del servizio sanitario regionale."
- DGR 1590 del 29 agosto 2014, "Lr 49/1996, art 4, comma 6 - autorizzazione all'ass n. 2 isontina al trasferimento di beni da patrimonio indisponibile a patrimonio disponibile."
- DGR 2025 del 31 ottobre 2014, "Lr 49/1996, art 29 - gestione del servizio sanitario regionale nell'anno 2013 - approvazione degli atti relativi al controllo annuale."
- DGR 2100 del 10 novembre 2014, "Modifica bilancio consolidato preventivo 2014."
- DGR 2666 del 30 dicembre 2014, "Lr 49/1996, art 22 - gestione del servizio sanitario regionale: 2° rendiconto trimestrale 2014 di valutazione economica, finanziaria e gestionale."

Il presente consolidato consuntivo è il documento di valutazione del sistema sanitario regionale, delle sue aziende sanitarie, nonché dei suoi principali dirigenti.

Tutte le Aziende hanno regolarmente trasmesso i predetti provvedimenti ai rispettivi Collegi sindacali e alle Conferenze dei Sindaci. Le relazioni dei Collegi sindacali sono state trasmesse a corredo dei relativi atti aziendali.

Per quanto riguarda il parere della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, la LR 12/2015 "Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del FVG, modifiche e integrazione alla LR 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali" ha abrogato tra l'altro all'art.1, comma 7, della legge regionale 9 marzo 2001, n.8, lettera g) che prevedeva che "le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico trasmettano alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale il bilancio d'esercizio ed il rendiconto finanziario annuale, corredati dalla relazione del Collegio sindacale, ai fini della verifica da parte della medesima, della realizzazione dei piani attuativi ospedalieri". Questa legge è entrata in vigore il 30/05/2015 e gli ospedali e gli IRCCS hanno inviato i bilanci approvati il 30/04/2015 alla conferenza, la quale con nota del 06/08/2015 ha risposto che non è più di sua competenza esprimersi sul consuntivo.

La Relazione si articola nei seguenti capitoli:

- i capitoli dall'1 al 5, descrivono l'attività svolta dal SSR nel suo complesso nei vari ambiti di intervento (progettualità annuali, gestione delle risorse umane, investimenti effettuati, obiettivi economici ed utilizzo delle risorse).
- il capitolo 6 "Le Aziende Sanitarie regionali nell'anno 2014", illustra per ciascuna Azienda il livello di raggiungimento degli obiettivi aziendali definiti dalle Linee progettuali regionali 2014. Per un maggior dettaglio dei criteri utilizzati ai fini della valutazione degli obiettivi si rimanda alla nota esplicativa presente nel capitolo.
- il capitolo 7 illustra l'andamento dei livelli di attività sanitaria garantiti nel 2014 dal SSR e fornisce la rendicontazione economica delle risorse regionali aggiuntive per il personale.

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.

## 1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2014

---

### 1.1 IL QUADRO GENERALE

La programmazione del 2014 si è inserita in un contesto economico e normativo caratterizzato da:

a) presenza di norme nazionali vincolanti per la Regione e le Aziende:

- DL n. 95 del 6-7-2012 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "Spending review";
- DL n. 158 del 13-9-2012 "Decreto Balduzzi", convertito con Legge n. 189 del 8-11-2012;
- DL n. 179 del 18-10-2012 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese".

Tali provvedimenti prevedono tra l'altro:

- attuazione da parte della Regione di specifici interventi quali la riduzione dei posti letto ospedalieri a 3,7 per 1.000 abitanti;
- rideterminazione delle tariffe
- riduzione o mantenimento di alcune specifiche voci di spesa (farmaci, acquisto di beni e servizi, personale).

b) Scadenza del Piano sociosanitario Regionale PSSR 2010-2012 (DGR n. 465 del 11-3-2010) e del Piano per la Prevenzione (DGR n. 2757 del 29-12-2010).

Nel corso dell'anno 2014, è stato completato l'iter legislativo che ha portato alla promulgazione della LR 17 del 16 ottobre 2014 con la quale è stato definito il "Riordino dell'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria". Sempre nel 2014, con DGR 2673 sono stati approvati gli standard organizzativi dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera vincolanti per le aziende nell'adozione delle proposte di atto aziendale.

A fronte delle situazioni suesposte, la programmazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nel corso del 2014, si è pertanto caratterizzata per:

- Attuazione di alcune scelte strategiche regionali realizzate attraverso progetti di area vasta e progetti di miglioramento gestionale;
- Erogazione dei livelli di assistenza;
- Programmazione degli interventi socio-sanitari
- Sviluppo dell'assistenza primaria.

L'Area Vasta, anche per il 2014, è stato il luogo dove le aziende hanno:

- definito una programmazione comune delle attività annuali;
- distribuito le risorse;
- sviluppato percorsi assistenziali integrati;
- attuato nuovi modelli organizzativi e gestionali con il fine di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche;
- intrapreso alcune azioni strutturali in linea con gli standard previsti dal "decreto Balduzzi".

## 2. LIVELLO DI REALIZZAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE E GESTIONALI

### 2.1 SVILUPPI DI ATTIVITÀ E STRUTTURE REALIZZATE NEL 2014

Come previsto nel Bilancio Preventivo 2014, le Aziende, oltre che ad orientare la propria attività al sostanziale mantenimento e al consolidamento degli attuali livelli di offerta sanitaria, con attenzione continua il miglioramento dei livelli di qualità, hanno intrapreso azioni di ampliamento e di sviluppo di nuove attività e strutture.

#### *ASS N°1 "TRIESTINA"*

- E' stato aperto il primo CAP (Centro di Assistenza Primaria) nella sede distrettuale di Muggia. Da un lato si è consolidata e sviluppata la sinergia con i servizi distrettuali e dall'altro si è impostato un programma di lavoro che punti a migliorare sia le performance misurabili sia gli esiti in termini di ricoveri sulle patologie croniche, accessi al pronto soccorso, compliance rispetto le assunzioni di farmaci, la polifarmacoterapia eccetera... Si segnala l'ottima collaborazione con il Comune di Muggia, sia dal punto di vista istituzionale sia da quello più operativo con i Servizi Sociali.

- Si è iniziato a lavorare con AOUST e BURLO su protocolli e programmi specifici per iniziare a immaginare uno scenario complessivo di "sistema", che veda le articolazioni territoriali e le strutture ospedaliere come elementi di programmazione unitaria dei percorsi di salute della popolazione. In quest'ottica, la collaborazione con l'AOUST ha portato alla stesura di 8 PDTA riguardanti l'area triestina (carcinoma mammario, scompenso cardiaco, frattura di femore, artroprotesi d'anca, BPCO, Mesotelioma pleurico, Gravidanza fisiologica, Ictus). In alcuni dei percorsi assistenziali prodotti, vi è stata collaborazione anche con BURLO e ASS2.

- Gli utenti seguiti in regime di Assistenza domiciliare infermieristica sono passati da 7.708 utenti del 2013 a 8.027 (+3,3%) con copertura assistenziale sugli over 65 del 10,7. L'85,23% delle prestazioni viene rivolto a persone che hanno un progetto personalizzato.

- L'assistenza riabilitativa domiciliare presenta un incremento del 10% del numero di assistiti a domicilio (2.603 nel 2014) e del 2,2% delle prestazioni (11.472). Queste sono per l'84% rivolte a persone alle quali è stato proposto un progetto riabilitativo (57,2%). Una quota importante di attività viene rivolta nelle strutture per anziani, per 3.873 prestazioni (+7,6% rispetto al 2013) a 1.593 persone (+10,6%). Attività assimilabile al domicilio.

#### *ASS N°2 "ISONTINA"*

- La principale azione è stata la riorganizzazione del Dipartimento Materno Infantile con sospensione delle degenze di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria nella sede di Gorizia e mantenimento dell'attività ambulatoriale in entrambe le sedi. La chiusura del Punto Nascita di Gorizia, ha visto il contemporaneo sviluppo del percorso nascita territoriale con il potenziamento degli ambulatori consultoriali per la gravidanza fisiologica, lo sviluppo del percorso post-nascita con le visite domiciliari post-partum, l'adesione all'Accordo con l'ospedale "Splosna Bolnisnica dr. Franca Degranca" di Sempeter per l'utilizzo del Punto Nascita da parte di residenti in alcuni comuni del Distretto Alto Isontino (DGR n. 1376 dd 18 luglio 2014).

- È stata avviata la *Week Surgery* polispecialistica in entrambe le sedi ospedaliere. La riorganizzazione, è stata avviata sperimentalmente dal mese di agosto a Gorizia e quindi da settembre a Monfalcone e ad oggi rappresenta una modalità consolidata di assistenza che consente di ottimizzare le professionalità in particolare infermieristica nel fine settimana.

- Un'ulteriore riorganizzazione gestionale è stata avviata e ormai consolidata, nel Dipartimento di Emergenza di entrambe le sedi con potenziamento dei letti di Osservazione Intensiva Breve, sospensione dei ricoveri notturni nell'area medica, conseguente sospensione della guardia attiva notturna internistica. Tale nuova modalità organizzativa ha visto aumentare considerevolmente il

numero delle OBI e ha determinato un miglioramento della continuità delle cure in fascia diurna nell'area medica.

- A livello territoriale è stato ulteriormente potenziato il numero degli infermieri di Equipe Territoriale passando da 4 a 5. L'attività degli IET nel corso dell'anno ha visto l'avvio di numerose attività di prevenzione del rischio cardiovascolare, promozione dell'attività fisica negli anziani e di un corretto stile alimentare. Tale offerta di norma è stata sviluppata in sinergia tra Distretti Sanitari e Strutture ospedaliere (Cardiologia, Riabilitazione, Chirurgia, Dietiste).

- E' stata definita, in accordo con i rappresentanti della Medicina Generale, la proposta di Piano per l'Assistenza Primaria, che vede l'ipotesi di realizzazione di 2 Centri per l'Assistenza Primaria a Grado e Cormons.

- Per quanto riguarda la promozione della salute appare rilevante l'attività svolta da operatori dell'Azienda con il sistema "What's up" favorente il benessere giovanile e la prevenzione del rischio suicidario negli adolescenti. L'attività è stata svolta in partnership con la provincia di Gorizia, la Fondazione CARIGO, l'Ufficio Scolastico provinciale e FederSanitàANCI FVG, prevede una regia da parte dell'Azienda sanitaria che coinvolge tutti i servizi che entrano in contatto con i giovani.

- Nella prevenzione delle dipendenze rilevante il Progetto Ulisse, con la conclusione e la presentazione del Rapporto di ricerca "Ulisse scuole", per la prevenzione dell'alcolismo nei giovani.

### *ASS N°3 "ALTO FRIULI"*

- Rispetto alla diagnostica della mammella (mammografia ed ecografia della mammella) si sono conclusi i lavori per la definizione dei criteri di accesso e di prenotazione delle prestazioni; il documento è stato adottato dalle Aziende di AV (delibera A.S.S. 3 n. 213 del 23/7/14) e le agende di prenotazione sono in via di adeguamento.

- All'interno delle RSA sono state attuate e verificate l'applicazione delle procedure per la sicurezza del paziente, in coerenza con il rischio clinico e gli International Patient Safety Goal (corretta compilazione documentazione clinica, registrazione eventi avversi, lesioni da decubito, prevenzione e sorveglianza delle cadute, sicurezza farmaci).

- Nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti sono proseguiti e ulteriormente sviluppati i percorsi di miglioramento avviati negli anni precedenti. (lesioni da decubito, definizione del Piano assistenziale individualizzato, prevenzione e gestione delle cadute).

- Riguardo l'attività domiciliare è stato introdotto il protocollo per l'igiene delle mani con la verifica della sua applicazione e si è proseguito nel percorso di valutazione multidimensionale con strumento ValGraf.

- E' proseguita la collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) sul tema del contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti con la stesura di un protocollo congiunto, coinvolgendo anche il Dipartimento delle Dipendenze.

- E' stato riattivato il CSM di Gemona sulle 24 ore,

- Per quanto riguarda la progettualità del DSM su versante dell'Agricoltura Sociale, si è ampliata e arricchita ulteriormente rispetto all'anno 2013 raccogliendo in un'unica cornice progettuale denominata "Radici in Rete" tre percorsi nati in tempi diversi e in aree territoriali aziendali differenti: il progetto ROGE del Tarvisiano (Distretto n.1, Servizio Sociale Ambito 1, Comune di Tarvisio - Pontebba e Cooperativa Margherita), l'orto Pecol e il Progetto parco sociale di Esemone - Enemonzo "V.I.L.L.A." (Distretto n.2 e Servizio Sociale Ambito 2).

- E' stata consolidata l'offerta di trattamento di gruppo per il problema del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Il gruppo è aperto sia ai giocatori che ai loro familiari, e si svolge con frequenza settimanale nella sede di Tolmezzo.

- E' stato avviato un gruppo di sostegno rivolto ai genitori di giovani abusatori di sostanze (che si svolge con frequenza quindicinale nella sede di Tolmezzo).

#### *ASS N°4 "MEDIO FRIULI"*

- E' stata aperta nel mese di marzo la nuova sede del Distretto di Cividale, con contestuale dismissione della vecchia sede distrettuale e di quella del servizio veterinario.
- E' stato attivato in via provvisoria presso l'IMFR Gervasutta l'hospice con 8 posti letto.
- Sono state chiuse le sedi di via del Pozzo (Medicina Legale trasferita in Via Manzoni 5) e di via Manzoni 1 e 3, le cui attività sono state riallocate con un miglioramento delle funzionalità (Ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare al Gervasutta in contiguità con Neuropsichiatria infantile, Verifiche impiantistiche presso Dipartimento di Prevenzione, attività afferenti al Dipartimento delle Dipendenze ricondotte presso la sede del Dipartimento);
- Sono state effettuate azioni e interventi manutentivi propedeutici alla dismissione della sede obsoleta del CSM di Cividale ed al trasferimento dello stesso presso il nuovo Distretto di Cividale portandolo da CSM 12h a CSM 24h e all'attivazione di 4 posti letto di hospice in contiguità con la RSA di Cividale.

#### *ASS N°5 "BASSA FRIULANA"*

- Tra le attività svolte dai Distretti, si evidenziano il consolidamento degli strumenti per la presa in carico integrata (PUA) e le dimissioni protette, anche in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, il rafforzamento delle attività delle Cure primarie (Unità di Assistenza Primaria e Coordinamento UDMG), lo sviluppo di sviluppate azioni di governo della domanda e di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva anche attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche in collaborazione con i MMG.
- E' continuata l'azione di promozione sull'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto sul territorio, operando al riguardo in accordo con la medicina generale e fornendo a livello reportistico e mediante incontri specifici di audit e di feed-back; nel contempo si è proceduto a monitorare le prescrizioni successive alla dimissione ospedaliera o alla visita ambulatoriale nei confronti dei medici specialisti aziendali più coinvolti nei processi prescrittivi.
- E' proseguito il progetto ERICA con lo scopo di educare le persone ad una costante attività motoria, di modificare il loro stile di vita, di prevenire il decondizionamento psicofisico, di attenuare il prevedibile peggioramento del quadro clinico nei soggetti con menomazioni permanenti, di favorire una maggiore integrazione sociale e sostenere le forme di aiuto solidale fra le persone all'interno dei gruppi che si vengono a formare e delle rispettive famiglie. Nel 2014 sono stati trattati 131 utenti per 2404 accessi complessivi.
- In relazione all'obiettivo di aumentare l'attività di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione, è stata attrezzata la sede di Latisana per effettuare i prelievi ematici a partire da giugno 2014; il personale dedicato ha partecipato al corso di counselling specifico (febbraio e settembre 2014) ed è stato prodotto un protocollo.
- Nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, è stato ulteriormente rafforzato il raccordo con il Dipartimento delle Dipendenze, i Servizi dell'Età Evolutiva e Disabilità, i MMG e con il Pronto Soccorso /Area Emergenza, attraverso la collaborazione attiva e le consulenze anche in urgenza 24ore su 24.
- E' stato confermato l'accreditamento del Centro Trasfusionale il 10.7.2014

#### *ASS N°6 "OCCIDENTALE"*

- Alle strutture distrettuali sono stati attribuiti obiettivi di appropriatezza prescrittiva e recupero di efficienza attraverso la riduzione delle politerapie nell'anziano e con la razionalizzazione della gestione/autorizzazione dei dispositivi medici.

- E' stata definita la riqualificazione dell'organizzazione degli ambulatori di riabilitazione attraverso la revisione del regolamento in vigore.
- Le 4 SO del DSM sono state coinvolte nella progettazione e attuazione di interventi specifici (Choosing wisely) su alcuni temi quali farmaci negli anziani ed antidepressivi. In particolare per l'utilizzo dei farmaci antidepressivi (riduzione del numero di pazienti <26aa in trattamento antidepressivo, riduzione delle terapie con antidepressivi di breve durata, riduzione dell'utilizzo di antidepressivi sotto brevetto) e degli antipsicotici in demenza (rivalutazione dei pazienti con psicosi in demenza ospiti nelle residenze protette).
- Sono stati confermati gli obiettivi per il ricorso controllato al TSO (trattamento sanitario obbligatorio) e alla riduzione delle recidive orientati ad una miglior capacità di presa in carico dei pazienti più gravi.
- Sono stati previsti obiettivi specifici per l'utilizzo omogeneo dei finanziamenti FAP (fondo per autonomia possibile) tra gli ambiti territoriali e per la rivalutazione dei FAP in scadenza quinquennale evidenziando quali risorse economiche alternative si intendono attivare al fine di garantire il percorso di autonomia programmato.

#### *AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI UDINE*

- Sono stati trasferiti nelle aree di nuova realizzazione l'intero Dipartimento chirurgico (Chirurgia Generale, Clinica Chirurgica, Ortopedia e Traumatologia, Clinica Ortopedica, Chirurgia Vascolare e Urologia), la Clinica di Anestesia e Rianimazione e la Terapia Intensiva 1 e una parte della Radiodiagnostica.
- E' stato approvato e validato il progetto di aggiornamento del preliminare generale di III e IV lotto dell'Ospedale di Udine ed è stata indetta la gara d'appalto.
- A gennaio 2014, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine è stata sottoposta alla visita di riaccreditamento da parte del team di Joint Commission International, conseguendo – prima azienda in Italia – l'accREDITamento internazionale come "Academic Hospital" alla prima valutazione.
- Si è giunti a costituire la Piattaforma assistenziale del Centro Servizi di Laboratorio, definendo ruoli e responsabilità nella gestione operativa, oltre ai meccanismi guida di funzionamento. Il nuovo assetto organizzativo ha preso avvio dal 1° novembre con la nomina del Responsabile dipartimentale dell'assistenza e l'adozione del regolamento di funzionamento.

#### *AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI TRIESTE*

- Il Presidio Ospedaliero di Cattinara ha ricevuto il 17 Maggio 2014 il 3° AccredITamento all'eccellenza JCI come "Academic Medical Center Hospital" (primo accREDITamento JCI ottenuto il 9 febbraio 2008).
- E' stata riunita presso il presidio di Cattinara della funzione ortopedica (53 p.l.), trasferendo la SC di Ortopedia dal Maggiore e accorpando funzionalmente l'area di degenza in un unico reparto. Inoltre, si è attivata una sezione di degenza a "bassa intensità di cura" (cosiddetta BIC) presso il Maggiore (28 p.l.), gestita dalla SC di I Medica che però ha diminuito il numero di posti letto presso l'Ospedale di Cattinara da 72 a 31 pl.
- E' stata avviata una attiva collaborazione e cooperazione con i professionisti e gli operatori delle ASS1e ASS2. Ciò ha permesso di costruire percorsi integrati di cura per molte patologie (PDTA per le donne con cancro alla mammella, BPCO, scompenso cardiaco, ictus, mesotelioma pleurico, frattura del femore e protesi d'anca).
- In campo di cooperazione transfrontaliera ha stipulato accordi e convenzioni con le strutture sanitarie della limitrofa area slovena per accogliere pazienti con malattia cardiaca ischemica complicata, in regime di urgenza, per il trattamento di rivascolarizzazione miocardica e che non possono raggiungere nei tempi previsti il centro di III livello sloveno (Lubiana).

## *AZIENDA OSPEDALIERA DI PORDENONE*

- E' stata consolidata la collaborazione con il CRO per quanto riguarda le funzioni di Farmacia (la preparazione centralizzata dei farmaci antitumorali presso la farmacia del CRO, la preparazione centralizzata della galenica tradizionale presso la farmacia dell'AOSMA). Ulteriori azioni di coordinamento e di integrazione tra le strutture di farmacia hanno riguardato la promozione dell'utilizzo dei farmaci generici, dell'utilizzo dei biosimilari e l'introduzione dei farmaci ad alto costo. Questo è stato reso possibile anche in conseguenza dell'affidamento ad un unico responsabile dell'Assistenza farmaceutica per entrambe le Aziende (ex ASS6 e ex AOSMA).
- E' stato costituito sperimentalmente il "dipartimento interaziendale funzionale di oncologia medica di area vasta" con la regia del CRO di Aviano (DOMAV). Il DOMAV comprende 4 strutture operative del CRO (SOC Oncologia Medica A, B e C, SOSD Terapia ad Alte Dosi e Terapie Cellulari) e 2 di AOSMA (SOC Oncologia Medica PN, SOC Oncologia Medica S.Vito e Spilimbergo), con l'obiettivo di promuovere la realizzazione di strumenti condivisi dai professionisti dipendenti di AOSMA e CRO, al fine di garantire livelli uniformi di assistenza e di favorire l'accesso dei cittadini affetti da patologia neoplastica alle diverse strutture ospedaliere presenti sul territorio provinciale, in coerenza con la complessità del quadro clinico.
- Sono stati sviluppati e pressoché completati i PDTA per melanoma e ovaio.
- Per quanto attiene il sistema dell'offerta, è stata avviata la riconversione del Pronto Soccorso del Presidio di Maniago in Punto di Primo Intervento (PPI) e della funzione di Medicina per acuti (10 pl) e post-acuti (4 pl) in posti letto afferenti all'Ospedale di Prossimità di competenza ASS6.
- E' stata garantita la continuità del progetto Cure Domiciliari Pediatriche (CDP), anche utilizzando le risorse finalizzate
- Il Progetto "Potenziamento dei servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie odontostomatologiche nel paziente disabile non collaborante" ha previsto la strutturazione e l'applicazione di un PDTA per l'erogazione delle cure odontoiatriche a soggetti disabili fisici e psicosofici. Il PDTA prevede l'individuazione dei casi a livello ambulatoriale (distrettuale od ospedaliero) ed il successivo invio alla struttura ospedaliera per il trattamento in regime di ricovero diurno/ordinario, a seconda del piano di cura/necessità assistenziali del disabile.
- Sono state avviate le attività propedeutiche per realizzazione del Nuovo Ospedale di Pordenone presso il comprensorio ospedaliero di via Montereale, 24. E' stata espletata la procedura di gara per l'affidamento dei servizi tecnici di ingegneria e architettura relativi alla progettazione preliminare e definitiva del nuovo Ospedale di Pordenone (importo dei lavori da progettare pari a circa 115 milioni di euro). A dicembre la procedura è stata aggiudicata in via definitiva.

## *IRCCS BURLO*

Nel 2014 l'Istituto ha confermato il suo ruolo di riferimento regionale ed extraregionale per le patologie pediatriche complesse e rare e nella chirurgia dell'infanzia.

- La chirurgia ortopedica pediatrica ha consolidato l'eccellenza della sua attività, testimoniata non solo da un aumento complessivo dell'attività di ricovero, ma anche dalla forte attrazione extraregionale (42 % dei ricoveri totali), distinguendosi in particolare nel trattamento di patologie di considerevole prevalenza come il piede torto, o di elevata complessità come la scoliosi.
- La chirurgia pediatrica ha confermato la peculiare competenza in campo urologico, specie nella correzione delle malformazioni urogenitali, per le quali sviluppa una considerevole attrazione extraregionale. Tra gli interventi che necessitano di particolare abilità chirurgiche e di esperienza citiamo: correzione delle ipospadie, trattamento chirurgico del reflusso vescico-ureterale e altri interventi di chirurgia pediatrica maggiore.
- L'otorinolaringoiatria ha svolto un ruolo di riferimento regionale nel campo della sordità dell'età evolutiva, anche come coordinatore del programma di screening

- L'oculistica ha confermato di essere punto di riferimento per gli interventi di strabismo, arrivando ad una attrazione extraregionale del 30%.
- La Clinica pediatrica ha aumentato l'attività complessiva di ricovero. In particolare i ricoveri ordinari sono diminuiti del 3%, mentre i Day Hospital sono aumentati del 16%, con un'attrazione extraregionale del 33%. Si conferma la sua storica vocazione per la diagnosi, terapia e presa in carico dei bambini con malattie rare e complesse.
- La Neuropsichiatria infantile evidenzia un trend significativamente in aumento dell'attività di ricovero (+ 12%). Da segnalare l'aumento del carico assistenziale per i minori con gravi disturbi del comportamento che impongono nuove strategie di presa in carico, integrate con i servizi territoriali.

### *IRCCS CRO*

- La qualità complessiva dell'Istituto è stata riconosciuta nel 2014 da OECD quale Comprehensive Cancer Center e ha superato la "site visit" per la conferma del carattere scientifico dell'Istituto da parte del Ministero, alla conclusione del quale manca solo la formale attestazione regionale della sua congruità relativamente alla programmazione del SSR.
- Sono state attuate revisioni strutturali e formalizzazione di Gruppi per la produzione di percorsi diagnostico-terapeutici (Mammella, Melanoma, Ovaio, Colon-retto, Linfomi) che comportano riorganizzazioni operative o revisioni di organizzazioni già esistenti come la Breast Unit in un'ottica migliorativa. Tali riorganizzazioni sono state supportate da numerose iniziative gestionali quali un Gruppo appropriatezza Farmaci e un Gruppo Esiti. La riorganizzazione non è stata ristretta all'Istituto ma condivisa con l'Area Vasta, in particolare con AOSMA per quanto riguarda l'attività oncologica, attraverso il DOMAV (Dipartimento di Oncologia Medica dell'Area Vasta Pordenonese).
- Per quanto riguarda la Prescrizione di medicinali generici, biosimilari e bioequivalenti, sono stati predisposti elenchi precompilati per la richiesta dei farmaci e la continuità assistenziale sul territorio. Questo percorso, concordato anche in area vasta, ha consentito di raggiungere a livello aziendale un target in termini di trasferimento dei consumi a farmaci generici, biosimilari e bioequivalente superiore al 90% degli utilizzi, anche in impiego non esclusivamente oncologico, con benefici in termini economici.
- Nel corso del 2014 il CRO ha partecipato attivamente al programma regionale per il Governo Clinico e la Sicurezza delle Cure, mettendo a disposizione del coordinamento regionale i propri esperti delle diverse tematiche e implementando tutte le azioni concordate all'interno del gruppo di referenti per il consolidamento dei programmi in atto.

## 2.2 L'ATTUAZIONE DELLE PROGETTUALITÀ DEL SSR

Vengono di seguito illustrati i risultati di carattere sanitario complessivamente raggiunti dalle aziende del SSR nel 2014, rispetto a quanto previsto dal programma preventivo consolidato approvato con DGR 1322/2014.

In particolare sono trattati i seguenti temi:

- Scelte strategiche regionali;
- Erogazione dei livelli di assistenza;
- Programmazione degli interventi socio-sanitari;

### | 2.2.1 SCELTE STRATEGICHE REGIONALI

Riorganizzazione offerta ospedaliera e aggregazioni di funzioni amministrative – I progetti di riorganizzazione in ambito di Area Vasta che le aziende avevano condiviso e presentato nel corso del 2014, non sono stati attuati in quanto l'approvazione della LR. 17/2014 di "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario regionale", ha portato ad una revisione dei livelli di responsabilità e ad una conseguente sospensione delle azioni che erano state previste.

Piano di formazione – Nel 2014, le aziende nell'ambito di Area Vasta hanno raggiunto gli obiettivi di predisporre e attuare una programmazione comune in materia di formazione del personale. Hanno inoltre assicurato la partecipazione ai tavoli di lavoro finalizzati all'omogeneizzazione delle procedure di accesso agli eventi formativi.

Assistenza Primaria - Le linee di gestione prevedevano la scadenza della trasmissione alla direzione centrale salute del Piano dell'assistenza primaria al 30/6/2014. Nel corso del primo semestre l' Area servizi assistenza primaria ha fornito indicazioni alle Aziende Sanitarie sulla redazione dei piani e attivato gruppi di lavoro sui contratti di esercizio delle forme associative e sugli obiettivi di salute. Con nota prot. 0011817/P del 25/06/2014 la Direzione Centrale ha prorogato la scadenza di presentazione al 31/07/2014. Tutte le Aziende hanno raggiunto l'obiettivo, trasmettendo il Piano dell'assistenza primaria nei termini previsti.

### | 2.2.2 EROGAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

Nel 2014, la programmazione delle attività è stata mirata a garantire la tenuta dei livelli di assistenza. E' stato selezionato un set con due tipologie di indicatori considerati rilevanti per la programmazione distinguendoli tra attività territoriali (indicatori per le ASS) e attività ospedaliere (indicatori per AOU, AO, IRCCS e ospedali delle ASS).

Per la prima tipologia, l'indicatore ha rappresentato il risultato atteso che le aziende, singolarmente o per Area vasta, nella programmazione della propria attività dovevano tendere a raggiungere. Tali indici, erano infatti parte integrante degli obiettivi previsti da alcune progettualità (vaccinazioni, screening) e lo standard definito, costituiva il valore al quale uniformarsi.

La seconda tipologia di indicatori, aveva valore meramente rappresentativo della situazione esistente. In questo caso era sufficiente un miglioramento o un mantenimento dei livelli, dove per mantenimento/miglioramento si intendeva che fossero/o non fossero previste delle azioni mirate alla loro modifica. Eventuali azioni dovevano essere previste qualora i monitoraggi aziendali nel corso dell'anno avessero fatto prevedere un loro peggioramento. L'indicatore in questo caso rappresentava uno strumento da sviluppare nel corso del tempo al fine di monitorare la regione e le sue aziende rispetto al quadro di riferimento nazionale.

## 2.2.3 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

Tempi di attesa – Nel 2014 sono proseguite le attività mirate a garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie come previsto dalla normativa vigente. Per le prestazioni traccianti, l'anno si è concluso con un buon livello di contenimento dei tempi di attesa anche se i monitoraggi svolti hanno evidenziato in qualche caso delle criticità nei tempi di erogazione di alcune prestazioni ambulatoriali. Dei ritardi si sono registrati nei tempi di ricoveri per quanto riguarda gli interventi di neoplasia alla vescica e alla prostata.

Nel 2014, la Direzione regionale salute ha formalizzato la criteri di priorità per le prestazioni di visita gastroenterologica, endoscopia digestiva, visita dermatologica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, oculistica e urologica. L'implementazione dei criteri di priorità nelle agende di prenotazione permette di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie sulla base delle effettive condizioni cliniche del paziente.

Piano regionale della Prevenzione - Nel 2014 le Aziende pur proseguendo le linee di intervento strutturate dal piano regionale della prevenzione 2010-2012 e successive proroghe, hanno partecipato alla stesura collaborativa del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018, i cui programmi approvati con DGR 2670/2014 hanno quindi trovato declinazione operativa nella DGR 1243/2015. L'impegno operativo delle Aziende è stato volto alla realizzazione dei programmi di sorveglianza, di screening oncologico e alla vaccinazione della popolazione. Imprescindibile l'impegno nella realizzazione dei programmi di promozione di stili di vita sani nelle diverse fasi di età della vita, oltre a quelli relativi alla sicurezza alimentare, alla sanità animale, alla prevenzione delle malattie infettive, alla sicurezza sul lavoro. Il lavoro effettuato nel corso dell'anno finalizzato al miglioramento dei sistemi informativi ha ulteriormente consolidato la qualità dei dati prodotti e della sorveglianza.

Medicina del lavoro - Le Aziende hanno messo a disposizione le risorse professionali necessarie alla stesura del PRP funzione cardine per la realizzazione di dei programmi del PRP 2015-2018. Sono stati perseguiti e raggiunti gli obiettivi relativi a quanto pervenuto dai comitati nazionali di cui agli artt. 5 e 6 del Dlgs. 81/2008. I controlli sono incrementati percentualmente anche rispetto ai riferimenti lea. È stata realizzata come da programma la vigilanza nel comparto agricolo e la seconda fase di standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia. Raggiunti gli obiettivi programmati in tema di rilancio dell'attività per gli ex esposti ad amianto. Sono stati perseguiti tutti gli obiettivi inerenti la partecipazione ai progetti nazionali.

Sicurezza alimentare - Si è ottemperato alle indicazioni previste dal piano regionale controlli, privilegiando la produzione primaria e gli audit, effettuati pur in carenza di personale. È proseguito il progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione Centrale Agricoltura. Sono stati realizzati gli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari.

Stili di vita - Rimangono cruciali i programmi volti a promuovere i corretti stili di vita pur avendo registrato una mancata effettuazione, da parte di un'azienda, delle interviste del programma di sorveglianza PASSI. Già nel corso del 2014 sono stati comunque adottati gli opportuni correttivi per assicurare la completezza delle rilevazioni 2015.

Sanità animale - Sono stati realizzati gli obiettivi inerenti alla sanità animale e in particolare è stato portato a termine il piano di controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto. È stata realizzata la prevista campagna di controllo e profilassi della rabbia basata sulla vaccinazione orale delle volpi lungo la fascia confinaria con la Slovenia.

Prevenzione e promozione salute - Sono proseguite le azioni volte all'estensione della partecipazione agli obiettivi di prevenzione e promozione della salute ad ulteriori strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta nonché alla valorizzazione del contributo di associazioni ed enti in particolare per la promozione di comportamenti e ambienti favorevoli alla salute.

Dipendenze - Sono stati raggiunti gli obiettivi programmatici previsti dal Piano d'Azione Regionale delle Dipendenze 2013-2015. Sono stati realizzati gli obiettivi volti alla promozione del processo di miglioramento delle comunità terapeutiche e al controllo della diffusione di sostanza psicoattive fra l'utenza dei servizi per le dipendenze, in linea con quanto previsto con il Piano di azione Nazionale.

Assistenza farmaceutica - Relativamente all'andamento della spesa farmaceutica 2014, con la DGR 2100/2015 è stato integrato il finanziamento degli Enti del SSR sia per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera sia per l'assistenza integrativa. In particolare sono stati aumentati i valori pro-capite per la farmaceutica territoriale a 161,00€ e per l'AFIR a 12,00€ rispetto a quanto precedentemente fissato con le linee per la gestione 2014 (rispettivamente 155,00€ e 10,00€).

Complessivamente i vincoli fissati per l'assistenza integrativa, così come quello per la farmaceutica territoriale non sono stati rispettati in nessuna delle Aree Vaste (dato regionale AFIR € 14,39 –spesa territoriale per farmaci €166,8) . L'ospedaliera, così come definita nell'ambito delle Linee per la Gestione del SSR 2014, ha fatto registrare a livello regionale una flessione del 2,1% rispetto all'anno precedente. Il calo in ogni caso non è stato omogeneo su tutte le Aziende tant'è che per il 2014 si è assistito ad una rilevante flessione in l'A.V. Udinese (-5,5%) ed in sensibile incremento nell'A.V. Giuliano Isontina (+1,5%), E' risultata costante invece la spesa ospedaliera nell'A.V.Pordenonese.

Con riferimento ai tetti fissati a livello centrale e calcolati da AIFA, per il 2014 si rileva che:

- rispetto al tetto della territoriale fissato all'11,35% si è registrata una spesa pari al 10,74 % (media nazionale 11,18%) nonostante la nostra regione non adotti alcuna politica di compartecipazione alla spesa (ticket);
- rispetto al tetto dell'ospedaliera del 3,5% in regione si è registrato un 4,9% in flessione comunque rispetto al 2013 (5,1%). A parte la Val d'Aosta tutte le regioni hanno superato il tetto dell'ospedaliera. Va precisato che questi dati, proprio per la definizione di quali sono le voci che alimentano il tetto, non comprendono i farmaci erogati ed utilizzati dalle strutture private /accreditate. In tal caso il valore della spesa ospedaliera nelle regioni con strutture ospedaliere private o centri ad alta specializzazione privati (seppur convenzionati con il SSR) non viene fatto rientrare nel tetto che pertanto non è confrontabile con quello di regioni con minor presenza sul territorio di tali strutture come nel caso della nostra regione.

Le ASS nel corso del 2014 hanno dato attuazione alla DGR 1466/2014 uniformando a livello regionale la distribuzione per conto; nell'ambito della stessa delibera è stato ridotto il prezzo di rimborso per gli ausili per l'autocontrollo della glicemia erogati in AFIR. Va tuttavia ulteriormente migliorato il governo dell'assistenza integrativa regionale, sia con misure di promozione dell'appropriatezza prescrittiva sia sul versante organizzativo/gestionale di erogazione.

Nonostante le azioni intraprese dagli Enti del SSR permangono ancora degli ambiti da sviluppare potenziando le sinergie tra territorio e ospedale e in particolare sul tema dei farmaci innovativi ad elevato impatto di spesa rafforzando la collaborazione tra ente prescrittore e azienda di residenza del paziente al fine di ottimizzare la presa in carico del paziente. Le aree terapeutiche a maggior impatto riguardano l'oncologica, l'oncoematologia, la reumatologia e immunologia.

Anche per il 2014 le Aziende hanno continuato con le attività di promozione dei medicinali non più coperti da brevetto raggiungendo tuttavia solo in modo parziale gli obiettivi fissati. La prescrizione

di biosimilari, da attuarsi anche attraverso la condivisione di protocolli inter-aziendali condivisi, seppur incentivata, non ha raggiunto ancora i livelli auspicati.

Sul versante ospedaliero va migliorata la raccolta e la personalizzazione delle informazioni in ambito di cartella oncologica e flussi destinati al Ministero della Salute secondo gli standard definiti. Deve essere ulteriormente esteso il ricorso ai medicinali oggetto di aggiudicazione di gara centralizzata (DSC) anche coinvolgendo direttamente i prescrittori nella stesura di protocolli interaziendali condivisi. Questo ultimo intervento va ulteriormente potenziato anche nell'ambito delle prescrizioni in DPC al fine ottimizzarne le ricadute.

Governo clinico e sicurezza delle cure – Nel corso del 2014 sono stati consolidati i programmi già avviati negli anni precedenti e sono stati trasmessi gli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico finalizzati a monitorare lo stato dell'arte delle principali linee di attività. Non è stato avviato il percorso regionale di valutazione esterna tra operatori.

Rispetto al tema della sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci, tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno partecipato allo studio regionale sulla polifarmacoterapia nel paziente anziano e hanno trasmesso i dati entro i tempi previsti. Sono stati adottati gli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni e dalla letteratura scientifica seguendo le indicazioni regionali o le criticità rilevate dalle Aziende. I dati di performance sono stati pubblicati nei siti intranet delle Aziende ovvero nel sito della Regione. Le Aziende Sanitarie hanno garantito la partecipazione ai tavoli regionali per il miglioramento del coinvolgimento e dell'informazione dei pazienti e dei caregiver e la formazione del personale su diversi temi relativi alla gestione del rischio clinico.

Accreditamento - Nel 2014 la direzione centrale ha proceduto all'accREDITAMENTO definitivo delle 5 residenze sanitarie assistenziali e dei 2 hospice privati; inoltre ha completato il procedimento per il rinnovo dell'accREDITAMENTO delle strutture trasfusionali.

Il consolidamento del programma di accREDITAMENTO per l'anno 2014 è declinato in 2 ambiti di attività per le Aziende Sanitarie: la messa a disposizione dei professionisti formati per le attività di sopralluogo nelle strutture e il completamento di eventuali piani di adeguamento in corso nelle strutture pubbliche mentre l'obiettivo di prosecuzione del programma di autovalutazione (rete ictus, rete trapianti e gravi insufficienze d'organo e rete cure palliative e terapia del dolore) è stato stralciato perché non è stato completato il percorso di diffusione e condivisione dei requisiti, propedeutico all'attività di autovalutazione.

Tutte le Aziende hanno raggiunto gli obiettivi e si attesta la piena disponibilità e collaborazione dei valutatori delle Aziende Sanitarie a partecipare al programma di accREDITAMENTO istituzionale.

Assistenza protesica - Nel 2014 con Decreto 26/05/2014, n. 540 è stato ricostituito il registro fornitori dei dispositivi protesici (di cui all'elenco 1 dell'allegato 1, al D.M.332/1999), sono state definite le procedure necessarie all'iscrizione e quelle relative alla revisione dell'elenco stesso. L'elenco è stato pubblicato sul BUR n.24 del 11/06/2014.

Alle Aziende Sanitarie era richiesto sia di completare l'applicazione del piano regionale di revisione dell'assistenza protesica di cui alla DGR 2190/2012 sia di recepire le linee guida sui singoli dispositivi e in particolare le indicazioni operative per la prescrizione e la fornitura dei dispositivi acustici (decreto ASAN del 7/8/2013) e le indicazioni operative per la prescrizione e la fornitura di dispositivi a pressione positiva continua CPAP (decreto ASAN del 5/12/2013). Mentre il primo obiettivo, declinato in una serie di risultati, è stato raggiunto da tutte le Aziende, il secondo obiettivo è stato raggiunto solo da alcune Aziende mentre la maggior parte ha dichiarato che nel corso del 2014 non erano state emanate disposizioni su specifici dispositivi; in questo caso non si può ritenere raggiunto l'obiettivo perché le disposizioni sul CPAP, decretate e trasmesse alle ASS nel dicembre 2013, avrebbero dovuto trovare piena applicazione proprio nell'anno 2014.

Cure palliative (adulto) – Il percorso di condivisione dei requisiti della rete per le cure palliative e della rete per la terapia del dolore è stato rinviato all'anno 2015.

Riabilitazione – Questa linea prevede il proseguo della realizzazione delle azioni stabilite dalla DGR 1309/2012 ed in particolare l'utilizzo a regime dei posti letto di SUAP e delle schede di rete. Per AOUD è prevista l'attivazione dell'Area Semintensiva ad Alta Valenza Riabilitativa (ASAVR) di 10 posti letto, per l'ASS 4 sono previsti l'attivazione presso l'IMFR di un numero complessivo di 25 posti letto di Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC) e l'adeguamento della dotazione di risorse dell'Unità di Riabilitazione Turbe Neuropsicologiche Acquisite (URNA).

Questi obiettivi sono stati raggiunti da alcune Aziende mentre permangono criticità in altre per l'attivazione di posti letto di SUAP, anche all'interno di strutture residenziali. Si rappresenta inoltre che l'ASS 4 ha raggiunto l'obiettivo di incremento dei PL di UGC e delle risorse di personale dell'URNA mentre AOUD non ha raggiunto l'obiettivo di attivazione dei PL di ASAVR perché la collocazione individuata richiede lavori di adeguamento strutturale e impiantistico.

Piano sangue regionale – Nel corso del 2014, le Aziende del SSR hanno contribuito all'autosufficienza regionale, sia per la raccolta di sangue territoriale, secondo il calendario regionale concordato con il Coordinamento Regionale Trasfusionale e le Associazioni e Federazioni di Volontariato nel sangue, sia per la raccolta di plasma da destinare al frazionamento industriale. E' stata garantita la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale.

Le Aziende hanno partecipato ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale e di verifica di appropriatezza trasfusionale contribuendo ad alimentare il flusso informativo che prevede la registrazione degli eventi avversi alla trasfusione e che ha dato luogo ai report previsti. Nel 2014, inoltre la Direzione centrale salute ha provveduto al rinnovo dell'accreditamento istituzionale delle strutture di Medicina trasfusionale con le modalità di cui alla DGR 2528/2011.

Malattie rare – Tutte le aziende hanno supportato la Direzione centrale salute nelle attività della rete; nel corso del 2014, inoltre, alcuni professionisti sono stati coinvolti nella definizione del percorso assistenziale per i pazienti affetti da Cistite Interstiziale, che ha esitato con la formalizzazione del percorso di cura con Decreto 1326/ASAO del 19 dicembre 2014.

Il Centro di riferimento regionale, ha effettuato un incontro con i referenti aziendali dei centri di riferimento per le malattie rare regionali, nel quale sono stati illustrati i dati relativi all'implementazione del registro regionale e è stata ribadita necessità di una revisione della rete regionale con una ridefinizione dei centri per macrogruppi di patologia.

Sanità penitenziaria - Le ASS, sul cui territorio è situato un istituto penitenziario, hanno posto in essere tutti gli atti e provvedimenti necessari per quanto riguarda i trasferimenti delle funzioni di sanità penitenziaria. Sono stati stipulati i protocolli operativi inter istituzionali di collaborazione tra ASS e Istituto penitenziario in materia di sicurezza, coerenti con il protocollo regionale.

Sono garantite alla popolazione detenuta, attraverso le ASS, le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza.

E' stato approvato con delibera di Giunta n. 2059 del 7 novembre 2014 il documento "Linee di indirizzo regionali sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari", alla cui redazione hanno collaborato i referenti aziendali per la sanità penitenziaria.

La Direzione ha partecipato agli incontri del gruppo interregionale sanità penitenziaria e, con la collaborazione dei referenti di cui sopra, ha portato i contributi per la stesura del documento oggetto di Accordo in Conferenza Unificata "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".

Salute mentale - Disturbi del comportamento alimentare –Gli incontri con i professionisti per la realizzazione della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare si sono completati con la decretazione della rete a dicembre 2013 (Decreto 1200/ASAO). A completamento dell'offerta regionale è inoltre stato stipulato un accordo con la regione Veneto per la residenzialità e semiresidenzialità. Tale accordo ha avuto un ritardo rispetto ai tempi stimati e pertanto il decreto e le indicazioni operative fornite alle aziende sono state trasmesse il 6 agosto 2014. Per tale ragione si ritiene ragionevole modificare il limite temporale di giugno 2014 con il 31 dicembre 2014 per l'invio alla direzione degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e i dipartimenti di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano. Nonostante la proroga stabilita, non sono pervenuti alla direzione centrale salute gli accordi formalizzati per lo sviluppo della rete; l'obiettivo risulta pertanto non raggiunto da alcune Aziende Sanitarie e solo parzialmente raggiunto da altre che, pure in carenza dei suddetti accordi, hanno comunque avviato dei percorsi di riorganizzazione finalizzati all'attivazione della rete DCA.

Dipendenze - Coerentemente con le linee di gestione e con il Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze 2013 – 2015, le programmazioni aziendali hanno mantenuto la presa in carico di soggetti con problematiche di uso e abuso di sostanze illegale e legali e relative al gioco d'azzardo patologico (attraverso degli sportelli dedicati) rafforzando la rete con le associazioni e le organizzazioni di volontariato, con il risultato di un convegno tenutosi il 17 settembre 2014; è stato implementato il sistema informatizzato mFp5 (Piattaforma informatizzata in uso a livello regionale per la cartella clinica e la raccolta dati), al fine di migliorare i flussi SIND e quelli destinati alla stesura del report regionale dell'Osservatorio Regionale per le dipendenze, con l'esito della pubblicazione on-line del report sui dati 2013. Sono state assicurate attività di prevenzione, partecipando ai tavoli di confronto con i Dipartimenti di prevenzione e attraverso iniziative specifiche (Overnight 2014, Progetto unplugged, Piano della prevenzione, ecc.), diversi corsi di informazione/formazione per utenti, familiari ed operatori sanitari, collaborazioni strutturali e/o progettuali con le associazioni di volontariato del settore. I servizi hanno continuato a collaborare con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. Nel corso del 2014 si sono svolti otto incontri. Si ricordano alcune risultanze dei lavori dell'Osservatorio: a) attivazione gruppo di lavoro su "protocollo borse lavoro" a valenza regionale; b) "accreditamento fra pari" delle comunità terapeutiche residenziali, quale esito di un lungo lavoro congiunto fra i dipartimenti delle dipendenze e le comunità terapeutiche regionali, c) implementazione raccolta dati epidemiologici con il gestionale MFP, d) conclusione del progetto PIT (Percorsi, Identificazione, Testing sui pazienti afferenti ai Dipartimenti regionali). I servizi si sono fatti carico di sperimentazioni specifiche, dedicandosi in alcuni casi alle fasce di popolazione più giovani o attivando delle sperimentazioni relative a percorsi di riabilitazione (sperimentazione effettuata nell'ASS1 "Triestina"). E' proseguito il lavoro di coordinamento del gruppo regionale alcol ed il monitoraggio mediante apposita convenzione fra l'ASS4 e il Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche dell'Università di Udine.

Pazienti con malattie cronic-degenerative – Il programma di sviluppo della continuità assistenziale prevede le seguenti attività a favore dei pazienti con malattie cronic-degenerative: revisione dell'assetto logistico e funzionale delle unità di valutazione Alzheimer, l'incremento della dialisi peritoneale e l'attivazione della rete per la presa in carico dei pazienti con demenza. I primi 2 obiettivi sono stati raggiunti dalla maggior parte delle ASS mentre l'ultimo obiettivo è stato stralciato in quanto vi è l'esigenza di completare il lavoro preparatorio di rilevazione e integrazione delle iniziative già in corso in questa materia prima dell'attivazione di un tavolo tecnico regionale.

Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata – L'Area servizi assistenza primaria ha condotto nell'anno 2014 una serie di incontri con i referenti aziendali dell'assistenza domiciliare infermieristica finalizzati a migliorare la qualità dei dati

del flusso SIAD che non è soddisfacente ovvero non è in grado di valorizzare le attività di assistenza domiciliare effettuate in Regione. I referenti aziendali hanno rappresentato che le diverse percentuali utenti con PAI rispetto al totale dei casi trattati a domicilio è legato alla mancanza di criteri condivisi a livello regionale per la definizione della presa in carico.

L'obiettivo di codifica della diagnosi dei pazienti presi in carico in assistenza domiciliare con la classificazione ICD-9 CM presenta livelli di performance diversi nei vari distretti ma sostanzialmente buoni (valori >95%) con poche eccezioni (fonte SISSR).

Dal monitoraggio presente nel SISSR appare più disomogenea la valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf che presenta punte di criticità in alcune realtà distrettuali (< 50%).

Dagli incontri con i referenti aziendali è pertanto emersa la necessità di programmare nel 2015 la definizione di criteri condivisi e formalmente adottati per la presa in carico in assistenza domiciliare.

Programma di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) - Le ASS, attraverso i Dipartimenti di salute mentale, hanno presentato a questa Direzione i progetti terapeutici riabilitativi individuali di dimissione delle persone residenti sul territorio regionale e internate presso gli OPG, corredati da una previsione di spesa su base annuale.

E' stato approvato con delibera di Giunta n. 744/2014 il Programma regionale di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, di utilizzo delle risorse destinate alla Regione Friuli Venezia Giulia per la realizzazione di tre strutture sanitarie regionali denominate REMS, per l'accoglienza di persone con misura di sicurezza detentiva (n. 10 posti letto complessivi).

Sono proseguite le attività finalizzate alla dimissione delle persone residenti in Friuli Venezia Giulia internate negli OPG di Castiglione delle Stiviere e di Reggio Emilia, anche attraverso la collaborazione con la Magistratura di sorveglianza e giudicante e le direzioni sanitarie degli OPG.

E' in stato di avanzamento l'iter relativo al passaggio delle funzioni di superamento degli OPG dallo Stato alla Regione, attraverso integrazioni al decreto legislativo 23 dicembre 2010, n. 274 (Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli-Venezia Giulia in materia di sanità penitenziaria) da approvare in sede di Commissione paritetica ex art. 65 dello Statuto di autonomia.

### 3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

---

#### IL PERSONALE DIPENDENTE

La programmazione regionale sulle politiche del personale per l'anno 2014 ha risentito, inevitabilmente, delle disposizioni statali in materia di contenimento della spesa pubblica che da un lato hanno determinato sempre di più la contrazione delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale e dall'altro hanno imposto continue misure di riduzione dei costi con l'obiettivo di operare la revisione e la riduzione dei programmi di spesa e ridimensionare gli assetti organizzativi.

Il contesto nel quale si è, quindi, attuato il finanziamento dei servizi sanitari regionali nel 2014 è stato caratterizzato da due principali vincoli: la contrazione delle risorse disponibili e l'utilizzo di sistemi di finanziamento finalizzati al raggiungimento di equità allocativa attraverso azioni tendenti alla standardizzazione ed oggettivazione dei parametri e dei processi di riferimento.

Rispetto a questo scenario, le regole per la programmazione delle risorse umane dettate dal documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale approvato con DGR n. 2305 del 6.12.2013 hanno quindi introdotto ulteriori vincoli rispetto alle disposizioni limitative e rigorose che si sono venute a delineare a partire dal DL n. 98/2011 convertito con L. n. 111/2011, dal DL n. 95/2012 convertito con la L. n. 135/2012 e da ultimo dal DL n. 158/2012 convertito con L. n. 189/2012.

In particolare, le indicazioni fornite agli enti del SSR per la predisposizione della manovra in coerenza a tale contesto normativo e agli indirizzi della pianificazione regionale anche in vista del riordino dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, hanno richiesto per l'anno 2014 il rispetto dei seguenti vincoli:

- il costo del personale dipendente nel 2014 non poteva superare quello dell'esercizio consuntivo 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo (è stato precisato che il costo consuntivo 2012 doveva essere integrato o ridotto del costo del personale derivante dal trasferimento di funzioni di attività tra azienda, in pari misura per l'azienda "cedente" e per l'azienda "acquirente");
- il personale a tempo determinato e indeterminato poteva essere assunto esclusivamente a fronte di cessazioni intervenute in ciascun trimestre, anche con variazione qualitativa della dotazione organica di riferimento, dopo aver ottenuto specifica autorizzazione regionale;
- realizzazione di interventi organizzativi e gestionali volti al recupero di ogni possibile margine di efficienza al fine di ottenere la distribuzione ottimale delle risorse umane e consentire una migliore organizzazione del lavoro; ricerca e conseguimento delle economie di scala e delle sinergie qualitative previste dalla programmazione regionale;
- adeguamento di quelle che saranno le prescrizioni di revisione e ridimensionamento delle strutture complesse nell'ottica di un ridisegno degli assetti organizzativi e del loro funzionamento in un quadro di una razionalizzazione e riprogrammazione delle stesse;

Nell'ambito degli obiettivi di carattere generale appena descritti, le successive indicazioni metodologiche trasmesse con nota prot. n. 21456 del 6.12.2013 hanno poi specificato i criteri sui quali le aziende e gli enti del SSR dovevano programmare il piano assunzioni 2014. Sono state, in particolare, stabilite le seguenti regole:

- le competenze fisse del personale non ricadenti sui fondi contrattuali da prendere in considerazione per l'abbattimento dell'1% sono state individuate nei conti n. 410.100/420.100/430.100/440.100;
- la manovra del personale 2014 doveva trovare rappresentazione su base trimestrale, secondo modalità e tempistiche stabilite dalla DCSISPSF e poteva essere realizzata previa autorizzazione regionale;

- nell'ambito di ciascun trimestre, nel prevedere la copertura del turn over le aziende dovevano tenere conto prioritariamente del programma di riorganizzazione previsto dal DL n. 95/2012 convertito con L. n. 135/2012, dai programmi di riorganizzazione gestionale per il personale tecnico-amministrativo e del rapporto assistenziale tendenzialmente di una figura di supporto OSS ogni 3 di personale infermieristico; era fatta salva la possibilità di assumere personale supplente secondo necessità aziendali e previa disponibilità economica;
- è stata confermata anche per il 2014 la necessità di richiedere l'autorizzazione regionale per la copertura degli incarichi dirigenziali relativi alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale;
- nell'ambito di ciascun processo di esternalizzazione di servizi, ferma restando l'autonoma valutazione di costo-efficienza dello stesso, le aziende dovevano rappresentare alla DCSISPSF la corrispondente riduzione della dotazione organica e delle conseguenti ricadute sui fondi contrattuali.

La programmazione di personale dipendente a tempo determinato e indeterminato rappresentata dalle aziende nei singoli piani annuali è stata predisposta con queste logiche: il fabbisogno di personale rappresentato a livello regionale per il 2014 è stato teso, dunque, al rispetto del vincolo del tetto di spesa del 2012 abbattuto dell'1%. Le aziende hanno esplicitato una programmazione del personale "di massima", poiché la manovra riferita al singolo trimestre poteva trovare puntuale definizione solo dopo il 31.12.2014.

Le regole per la realizzazione concreta della manovra sono state poi coordinate dalla DGR n. 1322 dell'11 luglio 2014 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2014 del servizio sanitario regionale" che confermava le disposizioni già contenute nelle linee per la gestione del 2014 e in particolare una prudente gestione delle risorse umane stante l'obiettivo di riduzione dei costi delle voci fisse di personale 2014, dell'1% rispetto al costo 2012. L'eventuale esclusione dall'importo complessivo delle competenze fisse 2014, di costi relativi a determinate tipologie di assunzioni sarebbe stata di volta in volta valutata ed autorizzata dalla Regione.

Veniva, altresì, precisato che la manovra del personale delle aziende predisposta su base trimestrale doveva trovare coerenza con l'attuazione delle progettualità di Area Vasta, ed in particolare con le linee di attività relative:

- alla attuazione di nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche;
- alla riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere mettendo in atto le azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012 (applicazione standard del decreto Balduzzi);
- alla aggregazione di funzioni amministrative per Area Vasta con l'obiettivo di realizzare entro l'anno secondo le priorità e il contesto specifico, modelli gestionali tecnico-amministrativi che consentano di aumentare l'efficienza dei servizi amministrativi mediante l'accorpamento di attività di uno specifico settore o, ancor meglio, riunendo tutte le attività di un intero settore amministrativo presso un'unica sede operativa per Area Vasta;
- alla programmazione di un piano di formazione comune per Area Vasta.

L'analisi della gestione delle risorse umane del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014 va quindi effettuata in relazione ai contenuti della DGR n. 1322/2014.

## ALTRE TEMATICHE

### PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Il ricorso all'acquisto di prestazioni aggiuntive doveva prioritariamente utilizzarsi per la riduzione delle liste di attesa.

Le aziende e gli enti del SSR, previamente all'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, dovevano fare ricorso agli istituti contrattuali del lavoro straordinario e dell'utilizzo della retribuzione di produttività/risultato. Solo in subordine potevano richiedere l'autorizzazione regionale per l'acquisto di prestazioni aggiuntive da inoltrarsi alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, competente al rilascio del relativo nulla osta, nella considerazione che tale strumento deve collocarsi in modo coerente con le più ampie esigenze derivanti dalle disposizioni di contenimento della spesa del personale.

L'importo complessivamente richiesto doveva essere comunque ridotto di almeno il 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell'anno 2012: l'eventuale superamento di detto limite sarebbe stato oggetto di autorizzazione regionale.

### FORMAZIONE

La programmazione comune di Area Vasta doveva avere come oggetto, fra l'altro, il Piano di formazione di Area Vasta.

### SANITA' PENITENZIARIA

Le funzioni di sanità penitenziaria svolte dal Ministero della Giustizia sono state oggetto di trasferimento ai servizi sanitari delle Regioni ai sensi di quanto previsto dal d. lgs n. 230/1999 e dal DPCM 1 aprile 2008. Per quanto riguarda la Regione Friuli Venezia Giulia è stato emanato, nel rispetto delle procedure stabilite dall'articolo 6 dello Statuto di autonomia, il d. lgs 23 dicembre 2010, n. 274 recante "Norme di attuazione dello statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia in materia di sanità penitenziaria) che disciplina le modalità, i criteri e le procedure di trasferimento delle predette funzioni al Servizio Sanitario Regionale.

Conseguentemente, per effetto del combinato disposto di cui alla Legge di stabilità del 27 dicembre 2013, n. 147, ed al d. lgs 23 dicembre 2010, n. 274, a decorrere dal 1 gennaio 2014 le funzioni in materia di sanità penitenziaria sono state trasferite dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia.

La Regione ne ha assicurato l'espletamento tramite le Aziende per i servizi sanitari nel cui ambito territoriale di competenza sono ubicati gli istituti penitenziari.

Con il trasferimento della sanità penitenziaria, sono stati trasferiti anche i rapporti di lavoro del personale sanitario instaurati ai sensi ai sensi della Legge n. 740/1970 e del personale dipendente dell'Amministrazione Penitenziaria.

La Regione nel corso del 2014 ha emanato le indicazioni per l'individuazione del corretto modello organizzativo in rapporto alle diverse tipologie di rapporti lavorativi nonché i principi e i criteri secondo i quali organizzare, a livello aziendale, la tutela della salute in ambito penitenziario.

Le aziende hanno dato attuazione alle indicazioni regionali

L'esposizione che segue, rappresenta la dotazione di personale del SSR nel 2014 rilevata dal sistema informativo con i criteri utilizzati nei consueti monitoraggi direzionali.

Il perdurare, anche nell'anno 2014, dei vincoli di risparmio già introdotti nel triennio precedente, accanto ad una gestione oculata delle risorse umane, ha generato una diminuzione di personale dipendente del servizio sanitario regionale: la dotazione di personale alla data del 31.12.2014, rispetto a quella risultante al 31.12.2013 registra, infatti, un calo pari a 351 unità.

In generale, il saldo tra unità in ingresso e unità in uscita nel SSR durante il 2014 è stato abbastanza graduale ed uniforme nel corso dei mesi, registrando il saldo negativo più alto nel mese di dicembre.

Si presenta, di seguito, la dotazione del personale al 31/12/2013 e al 31/12/2014 del SSR. Si precisa che nelle seguenti 2 tabelle riepilogative non sono conteggiati i servizi delegati delle ASS 3, ASS 4, ASS 6.

Aziende/Enti SSR	31/12/2013	31/12/2014	diff. 2014/2013	delta %
<b>TOTALE</b>	<b>20.117</b>	<b>19.766</b>	<b>-351</b>	<b>-1,74%</b>

La tabella successiva rappresenta l'andamento a livello aziendale:

<b>AZIENDE</b>	<b>31/12/2013</b>	<b>31/12/2014</b>	<b>diff. 2014/2013</b>	<b>delta %</b>
ASS 1 Triestina	1.280	1.254	-26	-2,03%
ASS 2 Isontina	2.005	1.937	-68	-3,39%
ASS 3 Alto Friuli	1.218	1.200	-18	-1,48%
ASS 4 Medio Friuli	2.231	2.175	-56	-2,51%
ASS 5 Bassa Friulana	1.458	1.429	-29	-1,99%
ASS 6 Friuli Occidentale	995	966	-29	-2,91%
Azienda Ospedaliera Un. Udine*	3.820	3.801	-19	-0,50%
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	2.957	2.921	-36	-1,22%
Azienda Ospedaliera Pordenone	2.756	2.746	-10	-0,36%
IRCCS Burlo Trieste	751	703	-48	-6,39%
IRCCS Cro Aviano	646	634	-12	-1,86%
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>20.117</b>	<b>19.766</b>	<b>-351</b>	<b>-1,74%</b>

\* comprende anche il personale universitario

In generale, seppur con alcune differenze, la manovra sviluppata nel corso dell'anno registra saldi negativi in tutte le aziende; i saldi negativi più significativi si sono evidenziati nell'ASS n. 2, nell'ASS n. 4 e nel Burlo (in quest'ultimo si segnala, in particolare, un rilevante numero di cessazioni per dispensa dal servizio non note né prevedibili).

A livello regionale la fuoriuscita di personale è stata abbastanza omogenea nel corso dell'anno, registrando un dato più alto nel mese di dicembre.

La distribuzione del personale dipendente del SSR per ruolo, categoria contrattuale e profilo professionale alla data del 31.12.2014 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 di Trieste	C.R.O. di Avano	TOTALE AL 31/12/2014
<b>RUOLO SANITARIO</b>												
<b>Dirigenti sanitari</b>	58	41	26	48	31	39	32	50	23	16	40	404
di cui responsabile di SOC	4	1	1	1	2	1	3	3		1		17
<b>Profilo</b>												
Biologi	1	7	2	3	3	1	12	24	14	9	22	98
Chimici	1	2		1	2	1		1		1	1	10
Dirigente delle Professioni Sanitarie	9	2	2	2	2	2	1	5	1	1	2	29
Farmacisti	5	8	4	9	4	4	8	10	6	3	5	66
Fisici	1							8	7	1	8	25
Psicologi	41	22	18	33	20	31	3	3	1	2	2	176
<b>Comparto sanitari</b>	<b>643</b>	<b>1.039</b>	<b>628</b>	<b>1.118</b>	<b>757</b>	<b>526</b>	<b>1.539</b>	<b>1.925</b>	<b>1.422</b>	<b>364</b>	<b>274</b>	<b>10.235</b>
Infermieri	446	716	438	678	553	319	1.094	1.458	1.030	230	173	7.135
Col.Prof.San.Assist.Sanitario	34	28	9	53	15	50	9	9	9	0	1	217
Altro personale infermieristico	17	33	25	40	27	14	5	57	41	60	1	320
Personale di assistenza	29	73	61	35	53	19	114	61	99	24	4	572
Tecnici diagnostici/tecnici assistenza	3	87	33	38	51	0	245	311	180	34	94	1.076
Tecnici prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	28	22	14	54	10	45	1	3	1	1	1	180
Personale della riabilitazione	84	74	45	204	43	72	65	26	54	14	0	681
<b>Dirigenti Medici e Veterinari</b>	<b>120</b>	<b>299</b>	<b>171</b>	<b>279</b>	<b>245</b>	<b>94</b>	<b>438</b>	<b>623</b>	<b>456</b>	<b>126</b>	<b>105</b>	<b>2.956</b>
<b>Dirigenti medici</b>	<b>111</b>	<b>290</b>	<b>163</b>	<b>250</b>	<b>235</b>	<b>70</b>	<b>438</b>	<b>623</b>	<b>456</b>	<b>126</b>	<b>105</b>	<b>2.867</b>
di cui responsabile di SOC	11	26	18	27	25	9	17	11	9	50	37	240
<b>Dirigenti veterinari</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>24</b>						<b>89</b>
di cui responsabile di SOC	1	1	1	2	1							6
<b>Totale ruolo sanitario</b>	<b>821</b>	<b>1.379</b>	<b>825</b>	<b>1.445</b>	<b>1.033</b>	<b>659</b>	<b>2.009</b>	<b>2.598</b>	<b>1.901</b>	<b>506</b>	<b>419</b>	<b>13.595</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>												
<b>Dirigenti tecnici</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
di cui responsabile di SOC				1		1	1				1	4
Analista		1						1				3
Sociologi			1	4		2		4	1			12
Statistico	1								1	1	2	5
<b>Comparto tecnico</b>	<b>229</b>	<b>397</b>	<b>270</b>	<b>500</b>	<b>290</b>	<b>171</b>	<b>698</b>	<b>842</b>	<b>631</b>	<b>118</b>	<b>140</b>	<b>4.286</b>
Assistente Tecnico	14	4	2	10	13	2	15	16	3	3	6	88
Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	3	52	25	33	3	7	113	116	50	10	28	440
Aus.Spec.Serv.Tec.Economali	1	13	8	11	4	9	5	16	8	4	5	84
Col.Prof.Assistente Sociale	26	5	8	24	5	15		2	2	1		88
Col.Prof.Assist.Soc.Esperto	1	5	1	1								8
Col.Tecn.Prof.Esperto	3	2	1	3	2			3	4	1		19
Col.Tecn.Professionale	10	8	5	8	4	4	35	29	10	3	2	118
Operatore Socio Sanitario	121	212	169	288	184	91	379	530	401	65	42	2.482
Operatore Tecnico	6	41	17	51	36	26	74	48	68	25	29	418
Op.Tecn.Addetto Assistenza	3	9	1	12	7	5	12	19	7	1	4	79
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		2	2	9	2	3		5	10		3	36
Op.Tecnico Specializzato	21	34	7	34	15	3	43	16	35	3	10	221
OP.Tecnico Specializzato Esperto	19	10	24	16	15	5	22	42	33	1	8	195
Programmatore	1					1				1	3	6
<b>totale ruolo tecnico</b>	<b>230</b>	<b>398</b>	<b>271</b>	<b>504</b>	<b>290</b>	<b>173</b>	<b>699</b>	<b>847</b>	<b>633</b>	<b>119</b>	<b>142</b>	<b>4.306</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>												
<b>Dirigenti amministrativi</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>83</b>
di cui responsabile di SOC	5	3	2	7	1	4	5	1	3	4	3	38
<b>Comparto amministrativo</b>	<b>189</b>	<b>153</b>	<b>96</b>	<b>213</b>	<b>98</b>	<b>126</b>	<b>195</b>	<b>335</b>	<b>198</b>	<b>71</b>	<b>66</b>	<b>1.740</b>
<b>Totale ruolo amministrativo</b>	<b>199</b>	<b>158</b>	<b>103</b>	<b>222</b>	<b>103</b>	<b>132</b>	<b>206</b>	<b>346</b>	<b>207</b>	<b>76</b>	<b>71</b>	<b>1.823</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>												
<b>Dirigenti professionali</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>39</b>
di cui responsabile di SOC	1	1		1	1	2	3	2	2	2	2	17
<b>Comparto professionale</b> Assistente Religioso								3				3
<b>Totale ruolo professionale</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>42</b>
<b>TOTALE PER ATTIVITA' SANITARIE</b>	<b>1.254</b>	<b>1.937</b>	<b>1.200</b>	<b>2.175</b>	<b>1.429</b>	<b>966</b>	<b>2.921</b>	<b>3.801</b>	<b>2.746</b>	<b>703</b>	<b>634</b>	<b>19.766</b>
<b>SERVIZI DELEGATI</b>												
Personale servizi in delega			76	189		81						346
<b>TOTALE PERSONALE SSR FVG</b>	<b>1.254</b>	<b>1.937</b>	<b>1.276</b>	<b>2.364</b>	<b>1.429</b>	<b>1.047</b>	<b>2.921</b>	<b>3.801</b>	<b>2.746</b>	<b>703</b>	<b>634</b>	<b>20.112</b>

comprende il personale universitario (n. 57 dirigenti medici e n. 4 dirigenti biologi) della sola azienda ospedaliera universitaria di Udine "Santa Maria della Misericordia. Si segnala che il personale universitario, alla data del 31 dicembre 2013, è presente anche nelle seguenti aziende:

- azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" : n. 1 dirigente medico;
- azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste : n. 57 dirigenti medici;
- IRCCS "Burlo Garofalo" : n. 8 dirigenti medici e n. 3 dirigenti biologi

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

RUOLO	31/12/2013	31/12/2014	diff. 2014/2013	delta %
Sanitario	13.848	13.595	-253	-1,83%
<i>Di cui infermieri</i>	7.187	7.135	-52	-0,72%
Tecnico	4.361	4.306	-55	-1,26%
<i>di cui operatori socio sanitari cat BS</i>	2.469	2.482	13	0,53%
Amministrativo	1.865	1.823	-42	-2,25%
Professionale	43	42	-1	-2,33%
<b>TOTALE SSR</b>	<b>20.117</b>	<b>19.766</b>	<b>-351</b>	<b>-1,74%</b>

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

Il ruolo sanitario considerato nel suo insieme complessivo registra un decremento di personale in dotazione pari a – 253 unità rispetto al 2013; alla data del 31.12.2014 il personale appartenente al ruolo sanitario del SSR raggiunge un dato complessivo di 13.595 unità. Per quanto il personale infermieristico alla data del 31.12.2014, il SSR si attesta ad un dato pari a 7135.

Il numero dei dirigenti medici e veterinari del SSR si attesta ad un dato complessivo di n. 2956, di cui n. 2867 dirigenti medici e n. 89 dirigenti veterinari, mentre sono 892 in totale le unità di personale riconducibili alla categoria “altro personale infermieristico” e “personale di assistenza”. La consistenza del personale della riabilitazione al 31.12.2014 risulta di n. 681 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. 1256 unità.

Il ruolo tecnico, complessivamente inteso, nel corso dell’anno 2014 registra una diminuzione di n. 55 unità. Si evidenzia, tuttavia, un aumento di unità del profilo professionale OSS, categoria Bs, che registra un dato complessivo al 31.12.2014 di 2.482 unità (13 unità in più rispetto al 31.12.2013, dato questo ultimo che conferma il trend in crescita di tale profilo nell’ultimo triennio).

Evidenza un lievissimo calo rispetto al 2013 (- 1 unità) la consistenza di personale del ruolo professionale che registra un dato complessivo pari a 42 unità, di cui 39 sono dirigenti.

Il personale del ruolo amministrativo registra un calo di 42 unità rispetto al 2013 attestandosi alla data del 31.12.2014 a 1823 unità di cui 1740 unità appartengono al comparto (- 36 rispetto al 2013) e 83 alla dirigenza (- 6 rispetto al 2013).

Per quanto riguarda la dirigenza delle professioni sanitarie, resta immutato il dato rispetto al 2013: alla data del 31.12.2014 risultano, infatti, n. 29 unità in servizio e di queste, 3 unità sono 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 confrontando il 2013 e il 2014:

<b>AZIENDE</b>	<b>31/12/2013</b>	<b>31/12/2014</b>
ASS 1 Triestina	9	9
ASS 2 Isontina	2	2
ASS 3 Alto Friuli	2	2
ASS 4 Medio Friuli	2	2
ASS 5 Bassa Friulana	2	2
ASS 6 Friuli Occidentale	2	2
Azienda Ospedaliera Un. Udine	5	5
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	1	1
Azienda Ospedaliera Pordenone	1	1
IRCCS Burlo Trieste	1	1
IRCCS Cro Aviano	2	2
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

In termini assoluti nel corso del 2014 il part-time è passato da 2233 persone (dato del 2013) a 2146 evidenziando una significativa diminuzione (-87) in linea con l'anno precedente.

Con riferimento al personale supplente, va evidenziato un incremento 12 unità rispetto al dato del 2013:

<b>Supplenti AZIENDE</b>	<b>31/12/2013</b>	<b>31/12/2014</b>	<b>diff 2014/2013</b>
ASS 1 Triestina	4	4	0
ASS 2 Isontina	6	3	-3
ASS 3 Alto Friuli	8	13	5
ASS 4 Medio Friuli	12	4	-8
ASS 5 Bassa Friulana	6	10	4
ASS 6 Friuli Occidentale	2		-2
Azienda Ospedaliera Un. Udine	20	26	6
Azienda Ospedaliera Pordenone	16	26	10
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	5	6	1
IRCCS Burlo Trieste	1	0	-1
IRCCS Cro Aviano	5	5	0
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>85</b>	<b>97</b>	<b>12</b>

Si segnala, infine, nella tabella successiva il dato del personale dipendente a tempo determinato presente al 31.12.2014 (già compreso nel numero di unità complessive alla data del 31.12.2014 pari a 19.766).

<b>TEMPI DETERMINATI AZIENDE</b>	<b>31/12/2013</b>	<b>31/12/2014</b>	<b>di cui inc. 15-septies</b>
ASS 1 Triestina	31	21	1
ASS 2 Isontina	46	39	2
ASS 3 Alto Friuli	29	26	
ASS 4 Medio Friuli	58	28	
ASS 5 Bassa Friulana	46	47	1
ASS 6 Friuli Occidentale	2	3	
Azienda Ospedaliera Un. Udine	189	178	4
Azienda Ospedaliera Pordenone	35	64	
Azienda Ospedaliera Un. Trieste	106	136	1
IRCCS Burlo Trieste	46	43	
IRCCS Cro Aviano	36	25	
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>624</b>	<b>610</b>	<b>9</b>

Nel corso dell'anno si rileva un lieve incremento del dato del personale a tempo determinato (+ 9 unità rispetto al 2013).

Diminuiscono di 10 unità rispetto al dato rilevato nel 2013 gli incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies del d. lgs 502/92 e s.m.e.i. che alla data del 31.12.2014 risultano pari a 9 unità: tale riduzione risulta in linea con le disposizioni contenute del DL 158/2012 convertito con L. n. 189/2012 che hanno imposto limiti all'utilizzo di tale strumento.

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 2014 sono quelli aggiornati al mese di giugno 2015.*

*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.*

### **DGR n. 2305 DEL 6.12.2013: VINCOLO GESTIONALE 1% DEL COSTO DEL PERSONALE 2012**

Come accennato in premessa la DGR n. 2305 del 6.12.2013 recante le Linee per la gestione del SSR 2014 ha prescritto, fra gli altri, il rispetto del seguente vincolo economico: il costo del personale dipendente nel 2014 non poteva superare quello dell'esercizio consuntivo 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

La DGR n. 1322 dell'11 luglio 2014 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2014 del servizio sanitario regionale" oltre a precisare che il costo consuntivo 2012 doveva essere integrato o ridotto del costo del personale derivante dal trasferimento di funzioni di attività tra azienda, in pari misura per l'azienda "cedente" e per l'azienda "acquirente", specificava, altresì, che l'eventuale esclusione dall'importo complessivo delle competenze fisse 2014, di costi relativi a determinate tipologie di assunzioni sarebbe stata di volta in volta valutata ed autorizzata dalla Regione.

Le aziende, nei singoli piani, hanno fornito l'evidenza degli elementi di costo della manovra del personale dipendente 2014.

### **CONTRATTI ATIPICI E PERSONALE SOMMINISTRATO**

Le aziende hanno fornito l'evidenza dei contratti atipici nonché del personale con rapporto di somministrazione alla data del 31.12.2014.

Alla data del 31.12.2014 risultano in forza nelle singole aziende ed enti del SSR i seguenti rapporti di somministrazione:

<b>AZIENDE</b>	rapporti somministrazione al 31/12/2014	RUOLO SAN	RUOLO AMM	RUOLO PROF	RUOLO TEC
ASS 1 Triestina	10	3	7		
ASS 2 Isontina	0				
ASS 3 Alto Friuli	0				
ASS 4 Medio Friuli	21	6			15
ASS 5 Bassa Friulana	33	5	1		27
ASS 6 Friuli Occidentale	0				
AOU UD	19	10	6		3
AO PN	45	10	21		14
AOU TS	2		2		
Burlo Trieste	0				
Cro Aviano	6	3			3
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>136</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>62</b>

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 31.12.2014 pari a 19.766 (per la sola ASS 4 il dato dei somministrati del ruolo sanitario e degli oss del ruolo tecnico (11) è compreso nel personale dipendente).

### **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 2014 che

hanno confermato le indicazioni già rese per la chiusura 2013, 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.

#### **RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2014**

Le intese regionali sulle risorse aggiuntive (c.d. RAR), sottoscritte nell'anno 2014, 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 2014 (nota Direzione Centrale Salute Integrazione Socio-Sanitaria Politiche Sociali e Famiglia prot. n. 7830 del 16 aprile 2015) 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 dicembre 2014, del loro impegno, degli eventuali residui degli anni precedenti e la quantificazione del liquidato degli stessi al 31 dicembre 2014, degli estremi delle eventuali risultanze finali del Collegio dei Sindaci, dell'evidenza degli obiettivi e dei risultati conseguiti così come approvati dall'Organismo Indipendente 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 2014 richiamandosi in particolare le regole per la gestione dei risparmi derivanti dall'articolo 71, comma 1, 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 2014 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 2014.

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 2014 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. 848 del 08 maggio 2014 ha approvato l'intesa sottoscritta il 23 aprile 2014 tra l'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia, e le OO.SS

del comparto riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale del comparto nell'anno 2014.

L'accordo regionale, oltre a confermare quote e vincoli stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con DGR n. 576/2012 ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dell'importo complessivo € 15.727.529,43 per il 2014 al netto di qualsiasi onere.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, stabilito che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 08.05.2014. In proposito è stato chiesto alle Aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

Risultano avere sottoscritto nel rispetto dei 3 mesi i rispettivi contratti integrativi aziendali le seguenti aziende:

- Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale";
- Azienda Ospedaliero Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;
- IRCCS Burlo Garofolo;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata le Aziende hanno comunicato di avere liquidato alla data del 31.12.2014 risorse pari ad € 9.643.461,61 con la conseguenza che, alla medesima data, residuano risorse pari ad € 6.084.067,81.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito l'evidenza delle cifre impegnate: in particolare risulta che siano state impegnate:

- risorse pari ad € 8.826.139,20 per gli obiettivi di cui al Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con D.G.R. n. 576/2012, confermati anche nell'intesa del 23 aprile 2014;
- risorse pari ad € 5.085.997,56 per gli obiettivi regionali da perseguire in via prioritaria;
- risorse pari ad € 1.724.671,63 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 € 15.636.808,39 risulta, invece, non impegnato un importo di RAR pari ad € 90.721,04; queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 23 aprile 2014 (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 (pronto soccorso, contenimento dei tempi di attesa, screening mammografico e colon retto, assistenza domiciliare, garanzia mantenimento attività assistenziali tecniche e amministrative nel rispetto dei vincoli contenuti nelle linee di gestione 2014, prevenzione-infortuni sul lavoro, progettualità per il coordinamento delle funzioni condivise tra le aziende ed enti del SSR, governo clinico e sicurezza delle cure, revisione dell'attuale organizzazione al fine di dare risposte coordinate, progetti riorganizzativi); come sopra detto, risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 5.085.997,56 di rar prioritariamente correlate 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 1.724.671,63.

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 2014 è stato pari ad € 7.330.736,27 al netto degli oneri riflessi.

La trattativa inerente le risorse per il personale medico e veterinario, anche nel 2014, 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. 847 del 08.05.2014 ha approvato l'intesa sottoscritta il 19 marzo 2014 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia, e dalle OOSS delle dirigenza medica e veterinaria riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza medica e veterinaria del SSR nell'anno 2014.

L'assegnazione per l'anno 2014 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 6.169.307,87 al netto degli oneri riflessi.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, stabilito che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 08.05.2014. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

Risultano avere sottoscritto nel rispetto dei 3 mesi i rispettivi contratti integrativi aziendali le seguenti aziende:

- Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale";
- Azienda Ospedaliero Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;
- IRCCS Burlo Garofolo;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31 dicembre 2014 € 1.806.590,34. Residuano, pertanto, alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari a € 4.362.717,53.

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, progettualità per il coordinamento delle funzioni condivise fra le aziende ed enti del SSR, progettualità per le malattie cardiovascolari, progetti riorganizzativi, esiti delle cure).

Risulta che le Aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 3.727.222,23 di rar prioritariamente correlate 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 è stato impegnato un importo complessivo pari a € 2.433.798,52.

Rispetto alle risorse complessivamente assegnate, risulta non impegnato a livello regionale l'importo di € 8.287,12.

Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 19 marzo 2014 (Punto 3, n. 3 di pagina 5 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

#### Area contrattuale della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Per quanto attiene al personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa SPTA, la DGR n. 849 del 08.05.2014 ha approvato l'intesa sottoscritta il 19 marzo 2014 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia e dalle OOSS delle dirigenza SPTA riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo nell'anno 2014.

L'assegnazione per l'anno 2014 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 1.161.428,40 al netto degli oneri riflessi.

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31 dicembre 2014 la somma di € 77.242,94. Residuano, pertanto, alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari a € 1.084.185,46.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, stabilito che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 08.05.2014. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

Risultano avere sottoscritto nel rispetto dei 3 mesi i rispettivi contratti integrativi aziendali le seguenti aziende:

- Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale";
- Azienda Ospedaliero Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;
- IRCCS Burlo Garofolo;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

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, progettualità per il coordinamento delle funzioni condivise tra le aziende ed enti del SSR, progetti riorganizzativi, esiti delle cure).

Risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 626.520,91 di RAR prioritariamente finalizzate agli 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 è stato impegnato un importo complessivo pari a € 533.291,04 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 € 1.616,45. Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 19 marzo 2014 (Punto 2, n. 3 di pagina 5 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

## 4. GLI INVESTIMENTI EFFETTUATI

### 4.1 LE RISORSE

Nel 2014 la disponibilità complessiva per i programmi di investimento, coincidente con l'importo programmato per investimenti, così come risultante dalla DGR 1363/2015 nella parte relativa alle variazioni al 31.12.2014 del piano degli investimenti dell'anno 2014, è stata pari a 86,3 milioni di euro.

Le singole fonti di finanziamento sono indicate nella seguente tabella:

Aziende	Investimenti a finanziamento regionale in conto capitale			Fondi ministeriali	risorse proprie aziendali derivanti da riprogrammazione ex L.R. 27/2012	altre risorse proprie aziendali*	Totale
	Rilievo aziendale	Rilievo regionale	Totale				
ASS 1	1.273,6	-	1.273,6	-	-	-	1.273,6
ASS 2	2.054,4	-	2.054,4	-	1.895,4	119,4	4.069,2
ASS 3	592,9	10.000,0	10.592,9	-	250,0	1.300,0	12.142,9
ASS 4	986,7	-	986,7	-	3.747,6	2.492,0	7.226,3
ASS 5	-	-	-	-	309,9	12,5	322,4
ASS 6	1.121,1	-	1.121,1	-	200,0	-	1.321,1
AO di Pordenone	2.660,2	-	2.660,2	-	200,0	324,0	3.184,2
AOU di Trieste	4.239,3	-	4.239,3	-	360,0	750,0	5.349,3
AOU di Udine	126,7	29.800,7	29.927,3	-	12.548,7	230,5	42.706,5
IRCCS Burlo	-	-	-	-	-	270,8	270,8
IRCCS CRO	2.367,9	-	2.367,9	1.628,7	-	4.445,8	8.442,4
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>15.422,7</b>	<b>39.800,7</b>	<b>55.223,4</b>	<b>1.628,7</b>	<b>19.511,7</b>	<b>9.945,0</b>	<b>86.308,7</b>
Totale complessivo							<b>86.308,7</b>

(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 1 - importi espressi in migliaia di euro)

Le risorse regionali disponibili nel 2014 per investimenti sono state complessivamente pari a 55,2 milioni di euro.

La suddivisione delle risorse nei capitoli di bilancio è riportata nella seguente tabella:

Disponibilità CC regionale per l'anno 2014		esercizio 2013	esercizio 2014	totale
capitolo	4398	12.700.000,00	10.199.323,06	<b>22.899.323,06</b>
capitolo	4399	2.523.418,94	-	<b>2.523.418,94</b>
capitolo	4378	-	9.800.676,94	<b>9.800.676,94</b>
capitolo	4389	-	20.000.000,00	<b>20.000.000,00</b>
<b>TOTALE</b>		<b>15.223.418,94</b>	<b>40.000.000,00</b>	<b>55.223.418,94</b>

(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 2 - importi espressi in euro)

Le risorse statali disponibili nel 2014 per investimenti sono state complessivamente pari a 1,6 milioni di euro, assegnate dal Ministero della Salute direttamente all'IRCCS CRO di Aviano e pertanto non ricomprese nei capitoli di investimento regionali.

Gli stanziamenti iniziali per l'anno 2014, così come erano indicati nel piano consolidato preventivo di cui alla DGR 1322/2014, erano complessivamente pari a 45,2 milioni di euro e sono riassunti nella seguente tabella:

Disponibilità CC regionale per l'anno 2014		esercizio 2013	esercizio 2014	totale
capitolo	4398	12.700.000,00	10.000.000,00	<b>22.700.000,00</b>
capitolo	4399	2.523.418,94	20.000.000,00	<b>22.523.418,94</b>
capitolo	4378	-	-	<b>0,00</b>
capitolo	4389	-	-	<b>0,00</b>
<b>TOTALE</b>		<b>15.223.418,94</b>	<b>30.000.000,00</b>	<b>45.223.418,94</b>

(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 3 - importi espressi in euro)

Le risorse iscritte nel bilancio dell'esercizio 2014 al capitolo 4398 sono destinate al finanziamento per l'intervento di rilievo regionale "Ristrutturazione e accreditamento dell'Ospedale di Tolmezzo – IV lotto" nella misura di euro 10.000.000,00 ed a interventi edili impiantistici e per acquisizioni di beni mobili e tecnologie degli enti del SSR per il piano investimenti 2014 nella misura di euro 199.323,06.

Le risorse destinate alla riqualificazione del polo ospedaliero udinese - 4° lotto, sono state spostate al capitolo 4378 per 9.800.676,94 euro del presente esercizio e al capitolo 4389 per 20.000.000,00 euro del presente esercizio.

Il finanziamento residuo per investimenti previsti nei piani 2014 è composto dalle risorse iscritte al capitolo 4399 (esercizio 2013), pari ad euro 2.523.418,94, e al capitolo 4398 (esercizio 2013) pari a euro 12.700.000,00, per un totale di euro 15.223.418,94 (DGR 1322/2014).

Nella citata DGR 1322/2014 è stabilita la quota di euro 78.144,80 al cofinanziamento obbligatorio di parte regionale pari al 5% del totale, previsto dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni e di euro 55.157,15 quale cofinanziamento obbligatorio di parte regionale finalizzato a ulteriori interventi presso altre strutture sanitarie regionali rientranti nel programma di attività volte ad incrementare la realizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi e a favorire misure alternative all'internamento (Legge 57/2013) iscritta al capitolo 4399/2013.

In linea con i contenuti delle linee di gestione per l'anno 2014 approvati con DGR 2271/2012, il leasing e l'acquisto con liquidità di cassa e successivo ristoro delle quote di ammortamento, non è previsto, fatta eccezione per le quote a copertura degli oneri maturati nell'anno 2012 per il riscatto finale per acquisizioni in leasing programmate negli anni dal 2006 al 2008.

#### 4.2 IL PROGRAMMA

Delle risorse complessivamente programmate nel corso del 2014, 66,1 milioni di euro (di cui 39,8 di conto capitale regionale) sono state utilizzate per interventi edili e impiantistici e 20,2 milioni di euro (di cui 8,4 di conto capitale regionale e 1,6 di fondi statale di provenienza ministeriale assegnati direttamente all'IRCCS CRO di Aviano) 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 1363/2015.

Aziende	Rilievo aziendale			Rilievo regionale				totale interventi edili e impiantistici
	conto capitale regionale	fondi propri aziendali	totale interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale	conto capitale regionale	fondi statali ex art.20 L.67/88	fondi propri aziendali	totale interventi edili e impiantistici di rilievo regionale	
ASS 1	223,6	-	223,6	-	-	-	-	223,6
ASS 2	1.880,0	1.125,8	3.005,8	-	-	-	-	3.005,8
ASS 3	200,0	250,0	450,0	10.000,0	-	-	10.000,0	10.450,0
ASS 4	-	4.709,7	4.709,7	-	-	-	-	4.709,7
ASS 5	-	-	-	-	-	-	-	-
ASS 6	750,0	25,0	775,0	-	-	-	-	775,0
AO di Pordenone	1.069,9	-	1.069,9	-	-	-	-	1.069,9
AOU di Trieste	1.574,3	360,0	1.934,3	-	-	-	-	1.934,3
AOU di Udine	126,7	5.909,0	6.035,7	29.800,7	-	5.681,2	35.481,9	41.517,5
IRCCS Burlo	-	68,3	68,3	-	-	-	-	68,3
IRCCS CRO	1.200,0	1.130,0	2.330,0	-	-	-	-	2.330,0
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>7.024,4</b>	<b>13.577,8</b>	<b>20.602,2</b>	<b>39.800,7</b>	<b>-</b>	<b>5.681,2</b>	<b>45.481,9</b>	<b>66.084,1</b>

(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 4 - importi espressi in milioni di euro)

Aziende	Rilievo aziendale			Rilievo regionale				totale beni mobili e tecnologie
	conto capitale regionale	fon di propri aziendali	totale beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale	conto capitale regionale	fondi ministeriali	fon di propri aziendali	totale beni mobili e tecnologie di rilievo regionale	
ASS 1	1.050,0	-	<b>1.050,0</b>	-	-	-	-	<b>1.050,0</b>
ASS 2	174,4	889,0	<b>1.063,4</b>	-	-	-	-	<b>1.063,4</b>
ASS 3	392,9	1.300,0	<b>1.692,9</b>	-	-	-	-	<b>1.692,9</b>
ASS 4	986,7	1.529,9	<b>2.516,6</b>	-	-	-	-	<b>2.516,6</b>
ASS 5	-	322,4	<b>322,4</b>	-	-	-	-	<b>322,4</b>
ASS 6	371,1	175,0	<b>546,1</b>	-	-	-	-	<b>546,1</b>
AO di Pordenone	1.590,3	524,0	<b>2.114,3</b>	-	-	-	-	<b>2.114,3</b>
AOU di Trieste	2.665,0	750,0	<b>3.415,0</b>	-	-	-	-	<b>3.415,0</b>
AOU di Udine	-	1.189,0	<b>1.189,0</b>	-	-	-	-	<b>1.189,0</b>
IRCCS Burlo	-	202,5	<b>202,5</b>	-	-	-	-	<b>202,5</b>
IRCCS CRO	1.167,9	3.315,8	<b>4.483,7</b>	-	1.628,7	-	<b>1.628,7</b>	<b>6.112,4</b>
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>8.398,3</b>	<b>10.197,6</b>	<b>18.595,9</b>	-	<b>1.628,7</b>	-	<b>1.628,7</b>	<b>20.224,6</b>

(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 5 - importi espressi in milioni di euro)

Si segnalano le seguenti rilevanti variazioni di programmazione, contenute nella DGR 1363/2015:

azienda	importo	risorse	variazione	motivazione
ASS 2	1.125.771,64	Fondi propri	Completamento dell'intervento di ristrutturazione del Fabbricato ex Cucina del Parco Basaglia, per la realizzazione del "Centro di Salute Mentale 24 ore integrato"	Riprogrammazione, prevista all'art. 8, comma 2, della L.R. n. 27/2012, dei finanziamenti (2005-2007) relativi ai fondi per la realizzazione del III lotto della sede aziendale
ASS 2	50.000,00	Fondi propri	Acquisto di una manometria esofagea per l'Endoscopia del P.O. di Gorizia ed alcuni elettrocardiografi per il P.O. di Monfalcone	Nell'ambito complessivo delle previsioni del Piano sono stati spostati euro 50.000,00 dalle attrezzature Biomedicali ai beni Tecnico economici, recuperando risorse sulle disponibilità residue dei piani precedenti
ASS 2	119.400,00	Fondi propri	Acquisto di beni mobili e tecnologie	Aumento della disponibilità di risorse proprie aziendali derivanti da donazioni
ASS 3	10.000.000,00	Capitolo 4398/2014	"Ristrutturazione ed accreditamento dell'Ospedale di Tolmezzo – IV lotto"	Deliberazione di Giunta Regionale n. 2100 del 10.11.2014.
ASS 3	1.300.000,00	Fondi propri	Acquisto e l'installazione di un tomografo a risonanza magnetica da 1,5 Tesla da installare presso il Presidio Ospedaliero di Tolmezzo.	Deliberazione di Giunta Regionale n. 2668 del 30.12.2014 - autorizzazione all'impiego di quota parte del risultato economico positivo dell'esercizio dell'anno 2013
ASS 4	100.000,00	Fondi propri	"Adeguamento e messa a norma degli spogliatoi del Dipartimento di Prevenzione"	Movimenti di personale definiti dalla L.R. 17/2014
ASS 4	210.000,00	Fondi propri	Realizzazione spazi per MMG e PLS presso il Distretto di Cividale: euro	Riprogrammazione, prevista all'art. 8, comma 2, della L.R. n. 27/2012, dell'intervento di "Realizzazione del CSM 24H di Cividale" (quota pari a euro 1.798.947,82)
ASS 4	190.000,00	Fondi propri	Lavori di sistemazione nuova struttura presso il Distretto di Cividale	Riprogrammazione, prevista all'art. 8, comma 2, della L.R. n. 27/2012, dell'intervento di "Realizzazione del CSM 24H di Cividale" (quota pari a euro 1.798.947,82)

ASS 4	500.000,00	Fondi propri	Lavori di adeguamento alle norme di sicurezza delle Sedi Territoriali	Riprogrammazione, prevista all'art. 8, comma 2, della L.R. n. 27/2012, dell'intervento di "Realizzazione del CSM 24H di Cividale" (quota pari a euro 1.798.947,82)
ASS 4	380.000,00	Fondi propri	Attrezzature biomediche	Riprogrammazione ex LR 27/2012 (importo pari a euro 938.947,80)
ASS 4	88.947,80	Fondi propri	Attrezzature Informatiche	Riprogrammazione ex LR 27/2012 (importo pari a euro 938.947,80)
ASS 4	470.000,00	Fondi propri	Altre attrezzature	Riprogrammazione ex LR 27/2012 (importo pari a euro 938.947,80)
ASS 4	590.966,00	Fondi propri	Acquisizione di 1 RMN per il P.O. di San Daniele del Friuli (quota parte)	Con DGR n. 2668 del 30.12.2014 è stato autorizzato l'impiego di quota parte del risultato economico positivo dell'esercizio dell'anno 2013 con tale finalità
ASS 5	12.500,00	Fondi propri	Acquisto di beni mobili e tecnologie.	Donazioni
ASS 6	Viene stralciato – e riprogrammato nel Piano Investimenti 2015 – l'intervento di rilievo regionale "residenza per l'accogliimento e l'assistenza di pazienti psichiatrici con misure di sicurezza di Maniago (PN)".			
AO Santa Maria degli Angeli	69.872,00	Capitolo 4398/2013	Trasferimento dalla parte acquisti a quella edile-impiantistica di euro destinati per euro 60.372,00 a opere complementari ai lavori di adeguamento funzionale delle stanze di degenza del reparto di Ostetricia dell'ospedale di Pordenone e per euro 9.500,00 quale integrazione del finanziamento di rilievo aziendale per l'anno 2012 di euro 150.000,00 dei lavori di risanamento conservativo della Neonatologia dell'ospedale di Pordenone.	È stata modificata la ripartizione tra investimenti edili e impiantistici e acquisti di arredi ed attrezzature
AO Santa Maria degli Angeli	324.000,00	Fondi propri	Acquisto di beni mobili e tecnologie	Aumenta la disponibilità di risorse proprie aziendali derivanti da donazioni
AOU Santa Maria della Misericordia	51.526,07	Fondi propri	"Realizzazione centro congiunto simulazione ed alta formazione avanzata - Pad. n. 5 Chirurgie	Fondi messi a disposizione dall'Università di Udine
AOU Santa Maria della Misericordia	154.486,40	Fondi propri	Sistemazione dei locali sede di blocco operatorio del trasferito reparto di Ortopedia, sito al piano terra del Pad. n. 5 Chirurgie	Intervento finanziato con le economie contributive conseguite nell'ambito di realizzazione della nuova dialisi.
AOU Santa Maria della Misericordia	3.855.237,06	Fondi propri	Risanamento conservativo per l'adeguamento funzionale, strutturale ed impiantistico del padiglione n. 7 "Petracco" - Riqualficazione spazi destinati alla SOC Clinica Ostetricia e Ginecologia 2° lotto è pari a euro	Riprogrammazione, prevista all'art. 8, comma 2, della L.R. n. 27/2012, dell'intervento di realizzazione del Nuovo reparto di day hospital medico e medico specialistico
AOU Santa Maria della Misericordia	400.000,00	Fondi propri	Risanamento conservativo per l'adeguamento funzionale, strutturale ed impiantistico del padiglione n.1 d'Ingresso e miglioramento della sicurezza antincendio - Realizzazione di prima fase della nuova torre tecnologica	Riprogrammazione, prevista all'art. 8, comma 2, della L.R. n. 27/2012, viene ridefinita l'iscrizione dell'intervento che era precedentemente iscritte unitariamente a quelle per la integrazione del quadro economico dell'intervento di Adeguamento CUP padiglione "Ingresso".

AOU Santa Maria della Misericordia	122.000,00	Capitolo 4399/2014	Adeguamento CUP padiglione Ingresso	Rideterminazione dell'importo
IRCCS Burlo Garofolo	202.500,00	Fondi propri	Attrezzature biomediche, informatiche e tecnico-economiche	Contributo di tesoreria e donazioni e lasciti
IRCCS CRO	300.000,00	Fondi propri	Progetto "Medicina Molecolare predittiva in oncologia: analisi mutazionale e fosfoproteomica di tumori solidi"	Finanziamento in conto capitale 2010 del Ministero della Salute, per il quale è previsto cofinanziamento con quote regionali al 50%
IRCCS CRO	228.653,00	Fondi propri	Progetto "Diagnostica per immagini avanzata in senologia" per l'importo di euro derivante dal	Finanziamento in conto capitale 2013 del Ministero della Salute, per il quale è previsto cofinanziamento con quote regionali al 50%
IRCCS CRO	300.000,00	Fondi ministeriali	Progetto "Ruolo della laparoscopia tridimensionale nella gestione delle pazienti con tumore ginecologico che necessitano di linfadenctomia aortica"	Finanziamento in conto capitale 2013 del Ministero della Salute.
IRCCS CRO	3.750.825,00	Fondi propri	Cofinanziamento di progetti scientifici rilevanti approvati e finanziati in parte dal Ministero della Salute.	Con DGR n. 2668 del 30.12.2014 è stato autorizzato l'impiego di quota parte del risultato economico positivo dell'esercizio dell'anno 2013

(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 6 - importi espressi in milioni di euro)

#### 4.3 ATTUAZIONE DEGLI INVESTIMENTI EDILIZI

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

##### - Ospedale di Pordenone (AO Santa Maria degli Angeli)

Nel corso del 2014 è stato affidato l'appalto per l'esecuzione dei lavori di demolizione dei padiglioni G, S, T, U, V e W nel comprensorio dell'Ospedale di Pordenone, insistenti sull'area di futura edificazione dei nuovi corpi di fabbrica. L'esecuzione dei lavori avverrà nel corso del 2015.

Sempre nel corso del 2014 è stata inoltre indetta la gara per l'affidamento della progettazione preliminare e definitiva dei lavori di costruzione del nuovo ospedale. Lo sviluppo della progettazione avverrà nel corso del 2015 per consentire l'appalto ed il successivo avvio del cantiere nel corso del 2016.

Sono state ultimate le opere complementari ai lavori di adeguamento funzionale delle stanze di degenza del reparto di Ostetricia.

Sono stati ultimati i lavori di miglioramento della sicurezza degli impianti elevatori ed è in fase di redazione il certificato di regolare esecuzione.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di miglioramento della sicurezza degli impianti elettrici, antincendio, condizionamento dei locali della centrale telefonica e del CED (locali archiviazione servizio Pacs).

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di riqualificazione della Radiologia.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori edili-impiantistici di riqualificazione di impianti e finiture dell'area della Radiologia non già interessata da precedenti interventi complementari alla fornitura ed installazione di attrezzature biomedicali.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di adeguamento alla normativa vigente per la messa in sicurezza degli impianti elettrici dei locali destinati a sala refertazione nell'ambito del servizio PACS presso la Radiologia.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di adeguamento alla normativa vigente per la messa in sicurezza degli impianti gas medicinali in aree critiche (UCIC – Rianimazione).

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di miglioramento della sicurezza antincendio del pad. B: compartimentazione scale laterali ed estensione dell'impianto di rilevazione incendi al pad. B.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di implementazione della rete dati dell'ospedale e di adeguamento dell'impianto di ricezione del segnale TV.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di costruzione di una sovracopertura sopra il padiglione A, incluse le verifiche sismiche del padiglione.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di adeguamento alla normativa vigente per la messa in sicurezza di impianti elettrici di parte della struttura ospedaliera.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di adeguamento alla normativa vigente per la messa in sicurezza degli impianti dei gas medicinali di parte della struttura ospedaliera (completamento dell'anello generale, sostituzione dei montanti interni di distribuzione presso il padiglione "B", messa in sicurezza degli impianti dei pad. A e C).

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di adeguamento alla normativa vigente per la messa in sicurezza degli impianti elevatori di parte della struttura ospedaliera.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di realizzazione di un sistema di trasporti leggeri verso il pad. H (Dipartimento Medicina di Laboratorio).

Sono stati ultimati e collaudati gli interventi logistici volti al miglioramento delle funzioni ospedaliere nel periodo transitorio di passaggio al nuovo ospedale (inclusi costruzione deposito bombole, asfaltatura parcheggio dietro pad. B, Completamento locale officina, etc).

Sono in fase di esecuzione i lavori di risanamento conservativo della Neonatologia, manutenzione straordinaria dell'impianto di rilevazione incendi, miglioramento dell'igiene e sicurezza degli impianti di climatizzazione, adeguamento edile-impiantistico dei locali per la sterilizzazione, miglioramento della sicurezza degli impianti di distribuzione dei fluidi termovettori e dell'impianto idrico sanitario, adeguamento delle compartimentazioni e delle vie di fuga in padiglioni vari.

E' in fase di avvio la procedura di affidamento dei lavori di implementazione della rete fonia e dati a seguito della definizione degli interventi più urgenti da realizzare. L'esecuzione dei lavori è prevista nel corso del 2015.

#### *- Ospedale di Cattinara*

A marzo del 2014 è stato ufficialmente proclamato il vincitore del Concorso internazionale di progettazione dell'intervento di "Riordino della rete ospedaliera triestina. Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara, nuova sede dell'IRCCS "Burlo Garofolo" e adeguamento logistico del comprensorio". Successivamente, approvata a maggio la progettazione preliminare degli interventi previsti, si è stabilito di procedere con urgenza all'affidamento, al medesimo Raggruppamento di professionisti, dell'incarico per lo sviluppo della progettazione definitiva. Nel contempo, a seguito di altra procedura ad evidenza pubblica, a luglio è stato aggiudicato anche il "Servizio di verifica del progetto definitivo ed esecutivo" ai sensi della normativa vigente. Ad agosto è stato approvato in linea tecnica il progetto definitivo, sono stati acquisiti i pareri propri del livello progettuale ed è stato trasmesso in via definitiva il modello per la conferma del cofinanziamento statale. A seguito del rapporto conclusivo di verifica prodotto, il Responsabile del Procedimento ha proceduto con la validazione. Con delibera del Direttore Generale, a dicembre è stato approvato il progetto definitivo, è stata indetta procedura aperta della progettazione esecutiva ed esecuzione degli interventi ed è stata autorizzata la pubblicazione del bando. La scadenza della presentazione delle offerte è stata fissata a marzo 2015.

Sono in corso, con rispetto del cronoprogramma approvato, i lavori di sostituzione dei serramenti esterni delle torri di degenza.

Per quanto riguarda il progetto per la realizzazione di un asilo nido aziendale nel comprensorio ospedaliero di Cattinara, nel corso del 2014 sono stati adottati i provvedimenti per la ricollocazione della struttura in altra sede non interferente con il progetto di riqualificazione del comprensorio di Cattinara, ed è stata quindi approvata la riprogettazione della struttura con la realizzazione di alcune opere propedeutiche impreviste per adeguare l'intervento al nuovo sedime. I lavori di realizzazione della struttura sono stati avviati ad ottobre 2014.

Sono state collaudate le opere del primo lotto della ristrutturazione delle Unità di Trattamento Aria degli impianti di climatizzazione torri degenza, i lavori della nuova sede del Servizio di Medicina Nucleare e le relative opere propedeutiche nonché l'ampliamento dell'edificio denominato Aule Didattiche.

*- Ospedale Maggiore*

Nel corso del 2014 si sono conclusi i trasferimenti nelle nuove aree del polo tecnologico dell'Ospedale Maggiore (lavori del 3° lotto di riqualificazione). A tutt'oggi è ancora in corso il perfezionamento del certificato di collaudo dell'opera.

*- Ospedale di Udine*

Nel corso del 2014 è stato approvato il progetto di aggiornamento del preliminare generale di III e IV lotto del nuovo Ospedale di Udine. A novembre 2014 è stata indetta la gara d'appalto.

Nel corso del 2014 è proseguita l'attività di avviamento e messa a regime della Centrale Tecnologica, del Centro Servizi e Laboratori, delle gallerie di collegamento, dell'impianto di cogenerazione e della rete di teleriscaldamento.

Sono state affrontate alcune problematiche emergenti a seguito dell'attivazione dei blocchi di I e II lotto del nuovo Ospedale (sostituzione dei giunti dell'impianto idrico, alimentazione elettrica di continuità assoluta, qualità dell'acqua dell'impianto idrico, sostituzione di parte della pavimentazione in linoleum ai corpi D dei piani II e III, interventi di finitura nel locale sbarco merci al livello -2, interventi di finitura e miglitoria).

Sono state collaudate le opere relative alla nuova centrale di sterilizzazione.

Sono stati completati i lavori di adeguamento del CUP presso il padiglione "Ingresso", recupero degli spazi per la sala polifunzionale (nell'ambito dell'adeguamento funzionale della Chiesa e della canonica, adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti elevatori del padiglione n. 4 "Specialità", adeguamento funzionale presso il piano terra del padiglione n. 1 (I lotto di adeguamenti vari nei padiglioni interessati da trasferimenti).

Sono stati completati alcuni stralci di lavori di sistemazioni esterne per il miglioramento dell'accessibilità e l'abbattimento delle barriere architettoniche presso i padiglioni ospedalieri.

Sono in corso i lavori per le predisposizioni edili impiantistiche connesse ai sistemi PACS.

E' stato approvato il progetto definitivo-esecutivo dei lavori di sistemazione dei locali sede del blocco operatorio del trasferito reparto di Ortopedia, sito al piano terra del padiglione n. 5 Chirurgie.

E' stata sviluppata la progettazione definitiva dei lavori di adeguamento antincendio (I lotto) presso il padiglione "ex Pensionanti".

Si è concluso l'iter autorizzativo per i lavori di rimozione e smaltimento amianto per la demolizione dell'ex spaccio ed è stata sviluppata la progettazione esecutiva.

E' in corso la progettazione dei lavori di risanamento conservativo per l'adeguamento funzionale, strutturale ed impiantistico del padiglione n. 7 "Petraeco" per quanto riguarda gli spazi destinati alla SOC Clinica Ostetrica e ginecologica.

*- IRCCS Burlo Garofolo di Trieste*

Nel corso dell'anno 2014 si è proceduto alla revisione del progetto esecutivo degli interventi di messa in sicurezza antincendio dell'edificio Ospedale precedentemente elaborato, ai fini di una completa rispondenza al D.M. 18 settembre 2012. Il progetto ha ottenuto parere favorevole, con prescrizioni, da parte del Comando Provinciale dei VV.F., prescrizione successivamente rispettata con l'adeguamento progetto.

Sono stati approvati il Documento Preliminare alla Progettazione ed il progetto preliminare dei lavori di riqualificazione dell'area ecologica ed è stata esperita la procedura per l'affidamento dell'incarico professionale per la progettazione definitivo-esecutiva.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di sostituzione di un ascensore dell'edificio laboratori per l'adeguamento dell'impianto ai soggetti diversamente abili nell'ambito degli interventi di messa in sicurezza antincendio.

Sono in corso di completamento i lavori di ristrutturazione del piano interrato scala D ad uso spogliatoio, realizzazione del centro di gestione delle emergenze, adeguamento ed implementazione degli impianti tecnici, di messa a norma del secondo piano dell'edificio ambulatori per la realizzazione degli ambulatori di audiologia nell'ambito degli interventi di messa in sicurezza antincendio.

Sono in corso i lavori di manutenzione straordinaria del pronto soccorso pediatrico, realizzazione dell'impianto di continuità della palazzina laboratori, ristrutturazione e messa a norma dell'aula magna dell'edificio ambulatori nell'ambito degli interventi di messa in sicurezza antincendio, adeguamento e implementazione degli impianti tecnici.

*- IRCCS CRO di Aviano*

In data 30.11.2014 si sono conclusi i lavori dell'appalto per la riorganizzazione e l'adeguamento sismico e normativo del blocco degenze.

Sono in corso i lavori di realizzazione di un Campus, alla data del 31.12.2014 risultano essere stati emessi n. 5 SAL pari al 53,93% dell'importo contrattuale.

*- Ospedale di Tolmezzo*

Sono stati ultimati, collaudati e rendicontati i lavori di III lotto, V e VII progetto del PIMT, di adeguamento della Morgue.

Sono stati ultimati i lavori di adeguamento del locale CED per il progetto PACS regionale.

Sono in corso i lavori di adeguamento della Centrale Termica.

E' stato approvato il Documento Preliminare alla Progettazione dei lavori di completamento ed accreditamento istituzionale (IV lotto).

*- Ospedale di Jalmicco*

Sono stati conclusi i lavori di manutenzione della camera calda.

E' stata conclusa la progettazione dell'intervento di revisione totale delle alimentazioni di emergenza (gruppi elettrogeni) e di adeguamento dei quadri elettrici.

È in fase di completamento la revisione ed implementazione del sistema di segnalazione di allarmi.

E' stata conclusa la gara dell'intervento di messa in sicurezza degli ascensori aziendali.

*- Ospedale di Latisana*

Sono stati ultimati i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del Padiglione Chirurgico. Sono quindi in corso le fasi di collaudo e chiusura dell'opera.

Sono stati conclusi l'intervento di riqualificazione della copertura in cemento amianto presso la centrale termica, idrica, officina e magazzini, e la realizzazione impianto di produzione aria medicale.

E' stato dato l'incarico per la revisione del piano di gestione dei rifiuti dell'intervento di realizzazione parcheggi e di bonifica dei rifiuti ospedalieri.

E' stata conclusa la gara dell'intervento di messa in sicurezza degli ascensori aziendali.

Sono in corso l'intervento di installazione del nuovo gruppo frigorifero, l'intervento di adeguamento della centrale elettrica.

*- Ospedale di San Vito al Tagliamento*

E' stata avviata la procedura di affidamento dei lavori di accreditamento della III fase, Corpo A, I stralcio. L'inizio dei lavori è previsto per fine aprile 2015.

E' stato approvato il progetto preliminare e deve essere redatto il progetto definitivo-esecutivo dei lavori di realizzazione dell'impianto di climatizzazione presso la sala autoptica e lo spostamento della sala autoptica nell'area ex magazzino "deposito ausili" secondo un programma temporale che tenga conto degli interventi in esecuzione presso il presidio ospedaliero al fine di garantire l'operatività dello stesso senza interferenze e disagi per operatori ed utenza.

E' in fase di avvio la procedura di affidamento dei lavori di manutenzione straordinaria degli impianti idrici e fognari a seguito dell'aggiornamento del progetto esecutivo. L'inizio dei lavori è previsto per

fine aprile 2015.

E' in corso la redazione del progetto definitivo-esecutivo dei lavori di potenziamento delle centrali tecnologiche dei presidi di San Vito al Tagliamento e di Spilimbergo.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di manutenzione straordinaria impianti di condizionamento, adeguamento funzionale presso il 3° piano del corpo A, adeguamento e manutenzione straordinaria degli impianti elettrici e antincendio, manutenzione straordinaria degli impianti elevatori.

*- Ospedale di Spilimbergo*

E' in corso la redazione del progetto definitivo-esecutivo dei lavori di potenziamento delle centrali tecnologiche dei presidi di San Vito al Tagliamento e di Spilimbergo.

Sono stati ultimati e collaudati i lavori di potenziamento del sistema di rilevazione incendi.

*- Presidio ospedaliero per la salute di Gemona del Friuli*

Sono stati ultimati i lavori di adeguamento del locale CED per il progetto PACS regionale.

Sono in corso i lavori di realizzazione del nuovo reparto di emodialisi.

Si è conclusa la progettazione di realizzazione della nuova copertura a falda inclinata (II lotto – I fase).

#### 4.4 ATTUAZIONE DEGLI INVESTIMENTI IN BENI MOBILI E TECNOLOGIE

Nel corso del 2014 si sono concluse le seguenti acquisizioni di attrezzature di rilievo previste nei piani di investimento dell'anno 2014 e precedenti:

- Dispositivi di lavaggio e sterilizzazione (AO di Pordenone)
- TAC (AO di Pordenone)
- Attrezzature SPP (AO di Pordenone)
- Travi testaletto (AO di Pordenone)
- Stazioni di lavoro informatica (AOU di Trieste)
- Sistema monitoraggio clinico - ospedale di Cattinara (AOU di Trieste)
- Riuniti dentistici (AOU di Trieste)
- Apparecchi anestesia (AOU di Udine)
- Attezzaggio Nuovo Centro Dialisi (AOU di Udine)
- Travi Testaletto (AOU di Udine)
- 2 TAC (AOU di Udine)
- Gruppo Rx digitale (AOU di Udine)
- Telecomandato digitale (AOU di Udine)
- Congelatori Frigoriferi (AOU di Udine)
- Centrifughe varie (AOU di Udine)
- Microscopi vari (no confocale) (AOU di Udine)
- Incubatori vari (AOU di Udine)
- Stampante per biocassette e vetrini (AOU di Udine)
- Lavaferri per sala operatoria (ASS4)
- Travi testaletto per ADE (ASS5)
- Ecotomografo per terapia intensiva neonatale (BURLO)
- Attrezzature varie di laboratorio (CRO)
- Attrezzature informatiche (CRO)
- Workstation ad uso diagnostica RMN (CRO)

Maggiori dettagli sullo stato di attuazione al 31.12.2014 dei piani delle acquisizioni di beni mobili e attrezzature sono riportati nelle schede delle singole Aziende.

È proseguita nell'anno, 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)
- attività di verifica delle registrazioni dei dispositivi medici presenti nella banca dati e nel Repertorio dei Dispositivi medici
- il contributo operativo al Ministero della Salute nelle attività di monitoraggio di determinati settori di dispositivi medici finalizzato alla razionalizzazione della spesa sostenuta dal SSN.

**TABELLE DI SINTESI DEL PIANO DEGLI INVESTIMENTI – ANNO 2014**

**VALORE DEGLI INVESTIMENTI PROGRAMMATI NEL 2014**

<b>Finanziamento in conto capitale</b>	<b>Importo</b>
Fondi statali di provenienza ministeriale destinati al CRO - anno 2014	1.628,7
Fondi regionali in conto capitale - anno 2013 (cap. 4398, 4399)	15.223,4
Fondi regionali in conto capitale - anno 2014 (cap. 4398, 4378, 4389)	40.000,0
Fondi propri aziendali (utili di esercizi precedenti, alienazioni, donazioni, riprogrammazioni, etc)	29.456,7

<b>Totale complessivo</b>	<b>86.308,8</b>
---------------------------	-----------------

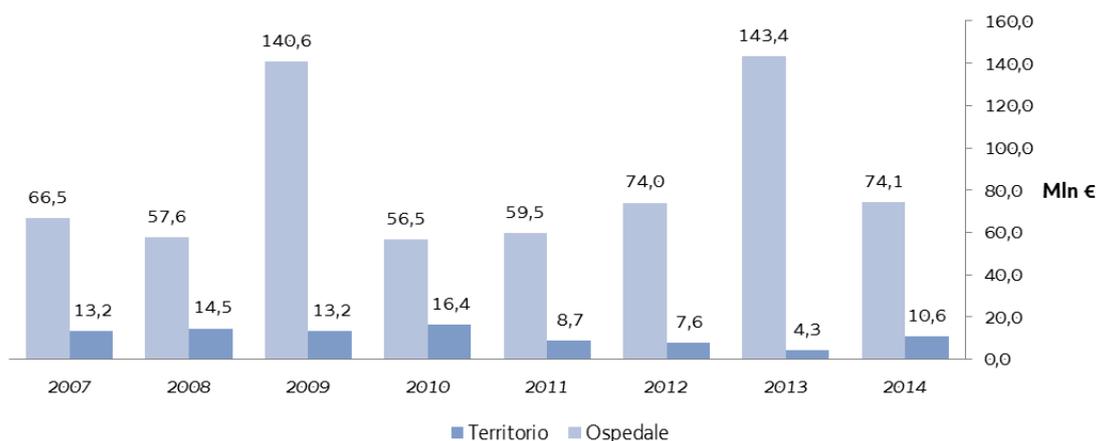
*(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 7 - importi espressi in milioni di euro)*

<i>Destinazione degli investimenti negli anni</i>								
Anno	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007

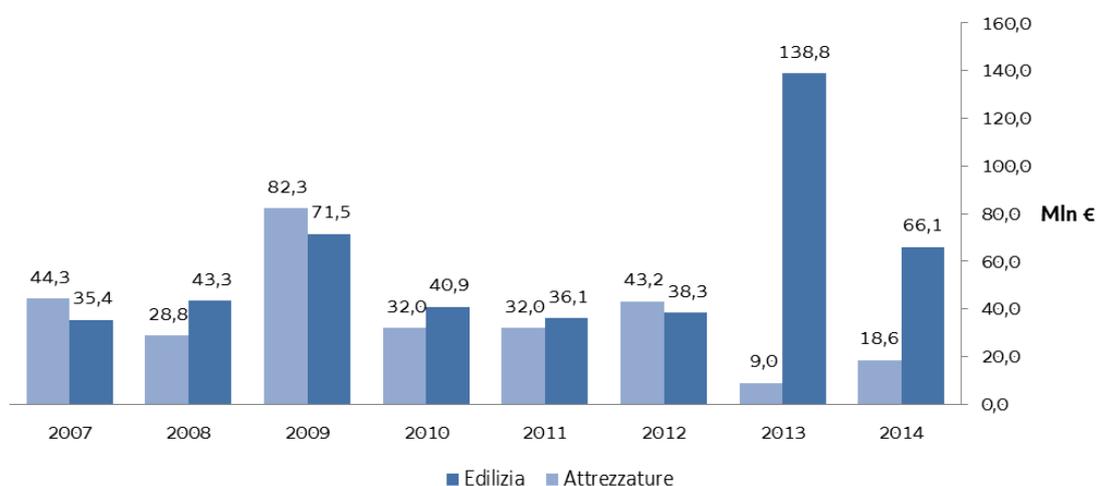
Territorio								
<i>importo in milioni di euro</i>	10,6	4,3	7,6	8,7	16,4	13,2	14,5	13,2
<i>% sulle risorse disponibili</i>	12,5%	2,9%	9,3%	12,7%	22,5%	8,6%	20,1%	16,5%
Ospedale								
<i>importo in milioni di euro</i>	74,1	143,4	74,0	59,5	56,5	140,6	57,6	66,5
<i>% sulle risorse disponibili</i>	87,5%	97,1%	90,7%	87,3%	77,5%	91,4%	79,9%	83,5%

Edilizia								
<i>importo in milioni di euro</i>	66,1	138,8	38,3	36,1	40,9	71,5	43,3	35,4
Attrezzature								
<i>importo in milioni di euro</i>	18,6	9,0	43,2	32,0	32,0	82,3	28,8	44,3

*(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 8 - importi espressi in milioni di euro)*



(grafico investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 1 - importi espressi in milioni di euro)



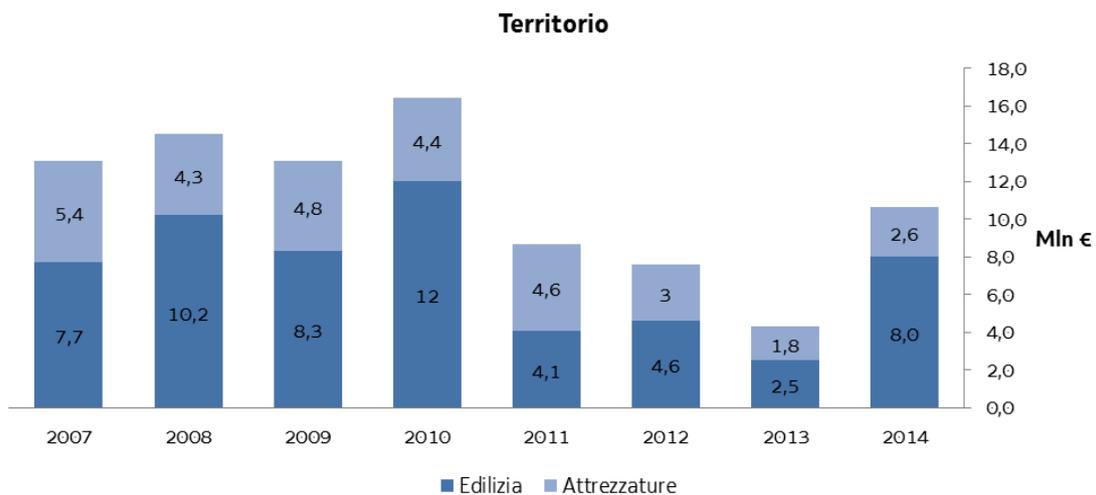
(grafico investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 2 - importi espressi in milioni di euro)

Destinazione programmatica degli investimenti negli anni:

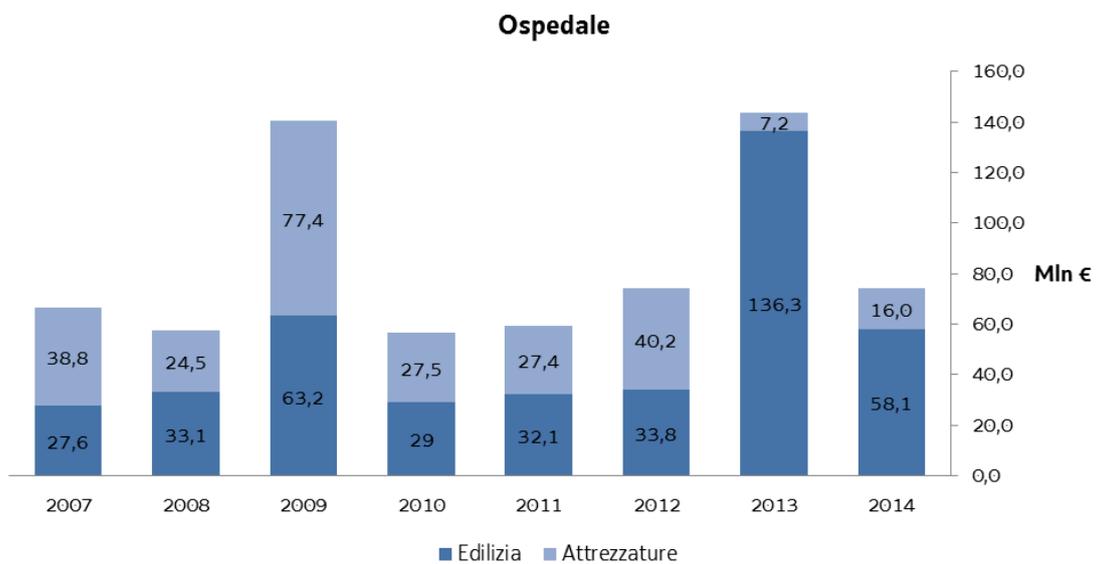
TERRITORIO	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Edilizia	8,0	2,5	4,6	4,1	12	8,3	10,2	7,7
Attrezzature	2,6	1,8	3	4,6	4,4	4,8	4,3	5,4
<b>Totale</b>		4,3	7,6	8,7	16,4	13,2	14,5	13,2

OSPEDALE	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Edilizia	58,1	136,3	33,8	32,1	29	63,2	33,1	27,6
Attrezzature	16,0	7,2	40,2	27,4	27,5	77,4	24,5	38,8
<b>Totale</b>		143,4	74	59,5	56,5	140,6	57,6	66,5

(tabella investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 9 - importi espressi in milioni di euro)



(grafico investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 3 - importi espressi in milioni di euro)



(grafico investimenti SSR – Consuntivo 2014 n. 4 - importi espressi in milioni di euro)

## 5. GLI OBIETTIVI ECONOMICI E L'UTILIZZO DELLE RISORSE

### 5.1 LA SITUAZIONE ECONOMICA

Il risultato economico consolidato del S.S.R. evidenzia un utile di € 16.931.734 come di seguito esplicitato:

valore della produzione	2.589.706.079
costi della produzione	-2.593.279.229
differenza tra valore e costi della produzione	-3.573.150
saldo gestione finanziaria	-512.916
saldo gestione straordinaria	22.555.042
imposte sul reddito	-1.537.242
utile (perdita) dell'esercizio	16.931.734

L'utile d'esercizio di € 16.931.734 comprende anche gli utili derivanti dalla gestione delle attività sociali delegate della ASS 4 (pari € 151.273).

Il dettaglio dei risultati economici delle Aziende del sistema sanitario regionale appartenenti all'area di consolidamento, e evidenziato dalle sottostanti tabelle:

	ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6
Valore della produzione	385.261.214	263.827.276	164.553.924	577.168.649	209.442.047	448.042.422
Costi della produzione	(385.577.489)	(269.018.093)	(164.695.344)	(575.452.661)	(209.339.850)	(451.902.704)
<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>(316.275)</b>	<b>(5.190.817)</b>	<b>(141.420)</b>	<b>1.715.988</b>	<b>102.197</b>	<b>(3.860.282)</b>
Saldo gestione finanziaria	(7.530)	(28.695)	(60.083)	(3.536)	(58.283)	(5.232)
Saldo gestione straordinaria	4.046.201	2.294.351	2.969.364	257.771	3.138.791	4.362.664
Imposte sul reddito	(71.571)	(227.885)	(77.920)	(248.476)	(144.409)	(200.000)
<b>Utile (perdita) di esercizio 2014</b>	<b>3.650.825</b>	<b>(3.153.046)</b>	<b>2.689.941</b>	<b>1.721.747</b>	<b>3.038.296</b>	<b>297.150</b>
	AOU UD	AO PN	AOU TS	CRO	Burlo	
Valore della produzione	494.924.287	249.295.145	263.859.791	90.970.692	64.400.632	
Costi della produzione	(495.856.015)	(247.562.504)	(266.112.673)	(86.308.430)	(64.110.653)	
<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>(931.728)</b>	<b>1.732.641</b>	<b>(2.252.882)</b>	<b>4.662.262</b>	<b>289.979</b>	
Saldo gestione finanziaria	(1.487)	(6.543)	6.092	(349.691)	2.072	
Saldo gestione straordinaria	1.624.780	247.781	2.518.387	1.362.458	(267.506)	
Imposte sul reddito	(212.329)	(100.037)	(175.829)	(58.502)	(20.284)	
<b>Utile (perdita) di esercizio 2014</b>	<b>479.236</b>	<b>1.873.842</b>	<b>95.768</b>	<b>5.616.527</b>	<b>4.261</b>	

Di seguito si procede all'analisi dei principali scostamenti 2013/2014 evidenziati nel conto economico.

## VALORE DELLA PRODUZIONE

Il valore della produzione del bilancio consolidato 2014 presenta un calo rispetto al dato 2013 di € 92.269.040 (- 3,4%), che risulta così determinata:

### a. Contributi d'esercizio

I contributi d'esercizio assegnati nel 2014 registrano una diminuzione rispetto al 2013 di 87.127.293€ pari allo -3,75%, tale riduzione è correlata, in primo luogo, alla contrazione delle risorse disponibili ed alla rideterminazione del fabbisogno complessivo del SSR per effetto della modifica del sistema di finanziamento, che per il 2014 è stata basata su logiche e parametri a costi standard, ponendo obiettivi economici sui livelli essenziali di assistenza e quindi agendo su variabili di produzione e consumo per un recupero e una riallocazione delle risorse; in secondo luogo, alla rideterminazione dei finanziamenti destinati alle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione previsti per l'esercizio 2014 rispetto a quanto contabilizzato dalle aziende per l'esercizio 2013 e al cambiamento delle modalità di contabilizzazione della quota SISR.

### b. Ricavi per prestazioni ad aziende del SSN

Complessivamente il valore delle prestazioni rese ad aziende del SSN diminuisce di -2.337.610€ (pari a -1,76%).

In dettaglio, si registrano una riduzione nei ricavi per prestazioni di ricovero (-2.762.392 €, pari a -4,00%) derivante dall'applicazione delle regole previste dal D. Lgs. 118/2011 già nel bilancio 2014 e pertanto le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche a favore di cittadini residenti in altre Regioni (attrazione e fuga extraregionale) sono state valorizzate sulla base dati del 2012 e non più in base al principio della competenza; mentre i ricavi per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche registrano un incremento di 947.024€, pari a 1,89%, dovuto all'incremento delle prestazioni fatturate.

I ricavi per altre prestazioni ad aziende registrano una diminuzione di complessivi -522.242€ (-3,81%) essenzialmente derivante da una riduzione dei rimborsi per prestazioni amministrative e gestionali e consulenze tra le aziende del SSR.

### c. Ricavi per altre prestazioni

Complessivamente i ricavi per altre prestazioni registrano un incremento netto di 968.286€ (pari a 0,82%).

In particolare si segnala la diminuzione (- 720.189 pari al 1,55%) dei ricavi per compartecipazione alla spesa sanitaria ("ticket"). Questo è dovuto alla minore richiesta di prestazioni ambulatoriali e di pronto soccorso in conseguenza delle disposizioni di cui al DL 6 luglio 2011, n. 98 che hanno previsto 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).

Mentre incrementano le altre voci di ricavo compresi nella macroclasse in esame di 1.810.581€ (pari a + 2,76%) per effetto essenzialmente dell'incremento dei proventi di natura ospedaliera e dei ricavi per prestazioni libero professionali.

### 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 -2.123.311€ (-2,86%) dovuta all'effetto dell'iscrizione tra i ricavi 2013 della quota di utilizzo della riserva patrimoniale per la sterilizzazione della minusvalenza generata dalla cessione al Campo dell'ex ospedale psichiatrico di Sottoselva da parte dell'ASS5.

## COSTI DELLA PRODUZIONE

Il costo della produzione nel 2014 presenta una diminuzione di € -75.048.185 (-2,8%), passando da € 2.668.327.414 a € 2.593.279.229. In particolare:

### a. Acquisto di beni:

Complessivamente i costi per beni sanitari e non sanitari, considerata la variazione delle scorte, sono diminuiti di -12.675.885,00€ (-3,21%) ed in particolare i consumi di beni sanitari sono diminuiti di -11.124.288€ (-2,96%) e quelli dei beni non sanitari sono diminuiti di - 1.551.596€ (-8,04%).

### b. Acquisto di servizi

Complessivamente i costi per acquisto di servizi diminuiscono di - 45.461.985€ pari al 4,28%. In particolare:

- i costi per acquisto di prestazioni di ricovero segnano un decremento di € -5.250.666 (-4,53%) ascrivibile al decremento dell'attrazione extra regionale delle strutture private (-4,0mln di Euro) e all'attività di ricovero dei privati accreditati (-0,9mln di Euro);
- i costi per acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche registrano un incremento di + 1.278.949€ (+1,58%). Tale variazione è riconducibile all'incremento dei costi per l'acquisto di prestazioni fatturate tra aziende del SSR (+2,3mln di Euro) e dell'attrazione extra regionale delle strutture private (+0,4mln di Euro) in parte compensata dalla riduzione dei costi della distribuzione farmaci da file F (-0,8mln di Euro) e dalla riduzione delle prestazioni erogate dai privati accreditati (- 0,7mln di Euro);
- la spesa farmaceutica registra un decremento di -3.696.047€, pari a -1,76%;
- la medicina di base registra una lieve diminuzione di - 1.362.527€, pari a -1,00%;
- l'aumento degli oneri per altre convenzioni di 553.569, pari a - 0,39%. Questa variazione è riconducibile a:
  - altre convenzioni che incrementano di 1.563.784€ (+0,86%). Le principali variazioni si registrano nell'assistenza riabilitativa ed integrativa per anziani non autosufficienti (+0,5mln di Euro), per malati e disturbati mentali (+0,5mln di Euro) e per assistenza riabilitativa ambulatoriale ex art. 26 (0,1mln di Euro) e dalle prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 in regime di ricovero (-1,0mln di Euro);
  - diminuzione dei costi per le convenzioni sanitarie per assistenza specialistica - 433.213 €(-3,61%);
- i servizi appaltati diminuiscono di - 30.445.254 € (-13,77%). Le principali variazioni sono riferibili a:
  - - 2,0 mln decremento dei costi per servizi gestione calore;
  - + 0,1mln incremento dei costi per servizi di trasporto in ambulanza;
  - - 0,5 mln decremento dei costi per il servizio di elisoccorso;
  - - 26,0mln decremento costi per servizi di elaborazione dati (oneri SISR);
  - - 0,3mln riferiti alla riduzione costi per servizi di mensa;
- le manutenzioni registrano un decremento di - 2.672.100€ (-3,94%) riferite a:
  - +0,3mln a manutenzioni di strutture edilizie;
  - -2,5mln riferiti a manutenzioni impiantistiche;
  - -0,4mln a servizi di manutenzione per attrezzature sanitarie;
- le utenze registrano un decremento complessivo di -1.202.335€, pari al -3,66%.

Anche la macro classe "rimborsi – assegni, contributi e altri servizi" registra un decremento di - 2.665.574€, pari al -4,96% dovuto alla diminuzione delle consulenze sanitarie da professionisti (-0,4 mln), delle prestazioni amministrative e gestionali (-0,7 mln), dei contributi ad associazioni (-1,0 mln) e dei rimborsi per responsabilità civile (-0,5 mln).

#### c. Godimento beni di terzi

I costi per godimento beni di terzi diminuiscono di 1.857.338€ (-6,81%) per effetto di una diminuzione nel costo dei canoni leasing finanziario e operativo (-1,5 mln), delle locazioni passive (-0,7 mln) e degli altri costi (- 1,0 mln) parzialmente compensato da un incremento dei costi noleggio di attrezzature sanitarie (+1,3 mln).

#### d. Costo del personale

Il costo complessivo del personale dipendente (compresi Irap e oneri sociali) registra una diminuzione di -13.480.603€ pari allo -1,35%. La diminuzione è dovuto all'applicazione del vincolo operativo che prevedeva che il costo del personale dipendente non poteva superare, limitatamente alle competenze fisse, il costo del 2012 abbattuto dell'1%. La voce "Altri costi del personale" evidenzia una diminuzione di -2.748.648€ (-3,37%) derivante dalla diminuzione degli accantonamenti al personale per competenze maturate e non erogate (-2,2 mln) e degli altri costi per il personale (- 0,5 mln).

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 una diminuzione di -561.909€, pari a - 0,66%.

#### f. Ammortamenti e svalutazioni

Complessivamente gli ammortamenti e le svalutazioni registrano un decremento pari a -737.320€ (-0,95%).

#### g. Accantonamenti per rischi e altri accantonamenti

Gli accantonamenti per rischi registrano un decremento di 1.747.785€ (-8,57%) riconducibile essenzialmente a:

- incremento (-1,0 mln circa) negli accantonamenti operati dalle aziende per rischi derivanti da cause civili e oneri processuali;
- riduzione (- 2,7 mln circa) negli altri accantonamenti per altri rischi.

### **GESTIONE FINANZIARIA**

La gestione finanziaria presenta un saldo negativo di - 224.041€, in conseguenza delle disposizioni di cui al DL 1/2012 che hanno sospeso il regime di tesoreria mista e che è stato prorogato, dalla L. 190/2014, fino al 31/12/2017.

### **GESTIONE STRAORDINARIA**

La gestione straordinaria presenta un saldo positivo di 22.555.042€, con un incremento rispetto all'esercizio precedente pari a +17.854.572€.

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

<b>Azienda</b>	<b>Ospedale</b>	<b>RISULTATO ECONOMICO 2014</b>	
A.S.S. 2	Gorizia	(18.421.907)	
	Monfalcone	(13.473.845)	
A.S.S. 3	Tolmezzo	(5.398.552)	
	Gemona		
A.S.S. 4	San Daniele	(706.534)	
	Gervasutta	(300.486)	
A.S.S. 5	Palmanova	(405.534)	
	Latisana	311.480	
<b>TOTALE PRESIDI OSPEDALIERI</b>		(38.395.378)	(38.395.378)
	A.O. di Udine	480.436	
	A.O. di Pordenone	1.873.842	
	A.O.U. di Trieste	95.768	
<b>TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE</b>		2.450.046	2.450.046
	CRO di Aviano	5.616.527	
	Burlo Garofolo di Trieste	4.261	
<b>TOTALE IRCCS</b>		5.620.788	5.620.788
<b>TOTALE OSPEDALI</b>			<b>(30.324.544)</b>

## 5.2 LA SITUAZIONE PATRIMONIALE

La situazione patrimoniale consolidata del Servizio sanitario regionale al 31.12.2014, confrontata con la situazione dell'esercizio 2013, e sinteticamente rappresentata dalla seguente tabella:

<b>ATTIVO</b>	<b>ESERCIZIO 2013</b>	<b>ESERCIZIO 2014</b>
<b>A) IMMOBILIZZAZIONI</b>		
I. Immobilizzazioni immateriali	1.078.032	944.898
II. Immobilizzazioni materiali	1.192.203.212	1.167.328.340
III. Immobilizzazioni finanziarie	172.871.898	183.477.836
<b>TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (A)</b>	<b>1.366.153.142</b>	<b>1.351.751.074</b>
<b>B) ATTIVO CIRCOLANTE</b>		
I. Rimanenze	57.615.983	57.334.468
II. Crediti	390.702.038	274.134.285
III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni	205.250	120.250
IV. Disponibilità liquide	290.587.245	279.753.182
<b>TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE (B)</b>	<b>739.110.516</b>	<b>611.342.185</b>
<b>C) RATEI E RISCONTI (C)</b>	<b>3.560.109</b>	<b>2.347.028</b>
<b>TOTALE ATTIVO</b>	<b>2.108.823.767</b>	<b>1.965.440.287</b>
<b>PASSIVO E NETTO</b>	<b>ESERCIZIO 2013</b>	<b>ESERCIZIO 2014</b>
<b>A) PATRIMONIO NETTO</b>	<b>1.338.764.041</b>	<b>1.333.541.990</b>
<b>B) FONDI PER RISCHI E ONERI</b>	<b>217.616.673</b>	<b>195.271.401</b>
<b>C) PREMIO DI OPEROSITA' MEDICI SUMAI</b>	<b>8.320.119</b>	<b>8.426.580</b>
<b>D) TOTALE DEBITI</b>	<b>517.874.886</b>	<b>398.589.114</b>
<b>E) RATEI E RISCONTI</b>	<b>26.248.047</b>	<b>29.611.202</b>
<b>TOTALE PASSIVO E NETTO</b>	<b>2.108.823.766</b>	<b>1.965.440.287</b>

L'andamento dei valori patrimoniali 2013/2014 mostra una diminuzione del valore complessivo dell'attivo e del passivo (da 2.108 milioni di euro a 1.965 milioni di Euro, pari al -6,80%), e del patrimonio netto (da 1.338 milioni di Euro a 1.333 milioni di Euro, pari al -0,39%).

Le immobilizzazioni nette diminuiscono di 14,4 mln di Euro (+1,05%) e l'attivo circolante registra una diminuzione di 127 mln di Euro (-17,29%) dovuta principalmente alla diminuzione dei crediti verso Regione -102 mln.

Le disponibilità liquide diminuiscono di 10,8 mln di Euro (-3,73%).

Per quanto riguarda il passivo patrimoniale si segnala una diminuzione del patrimonio netto di 5,2 mln di euro (- 0,39%) per effetto essenzialmente della sterilizzazione degli ammortamenti ed un decremento delle riserve per di - 25,0 mln (-4,39%) e dall'incremento delle perdite portate a nuovo per 4,4mln in parte compensato dall'incremento dei contributi in conto capitale vincolati e non erogati dalla Regione e dagli altri contributi in conto capitale pari a + 24,0 mln.

I debiti diminuiscono di -119 mln (-23,03%) principalmente dovuto ad una decisa diminuzione dei debiti verso fornitori -54,0 mln, dei debiti tributari -31,0 mln e dei debiti verso istituti di previdenza e

di sicurezza sociale – 24,0 mln in quanto, a seguito della riforma del SSR a partire dal 01/01/2015, è stato anticipato al 31/12/2014 il pagamento degli oneri del personale.

I fondi per rischi ed oneri diminuiscono di 22,0mln di euro (-10,27%) per effetto della riduzione degli oneri al personale da liquidare e dei fondi rischi.

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**

<b>Indice di capitalizzazione</b>		<b>ESERCIZIO 2013</b>	<b>ESERCIZIO 2014</b>
1	Totale patrimonio netto	1.338.764.041,00	1.333.541.990,00
2	Totale passivo e netto	2.108.823.766,00	1.965.440.287,00
3	1 : 2	<b>63,5%</b>	<b>67,8%</b>

##### **b) Grado di copertura delle immobilizzazioni**

<b>Grado di copertura delle immobilizzazioni</b>		<b>ESERCIZIO 2013</b>	<b>ESERCIZIO 2014</b>
1	Totale patrimonio netto	1.338.764.041,00	1.333.541.990,00
2	Totale Immobilizzazioni nette	1.366.153.142,00	1.351.751.074,00
3	1 : 2	<b>98,0%</b>	<b>98,7%</b>

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 2014 in aumento rispetto al dato rilevato nel 2013 (da 63,5% a 67,8%).

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). Tale indicatore risulta in lieve crescita nel 2014 rispetto al 2013 (da 98,0% a 98,7 %) e si mantiene sempre su valori positivi.

### 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, complessivamente, una diminuzione rispetto all'esercizio precedente.

<b>a) Indice di liquidità (disponibilità liquide / passivo corrente)</b>		<b>ESERCIZIO 2013</b>	<b>ESERCIZIO 2014</b>
1	Disponibilità liquide	290.587.245,00	279.753.182,00
2	Passivo corrente *	761.739.606,00	623.471.717,00
3	1 : 2	<b>38,1%</b>	<b>44,9%</b>

<b>b) Indice di disponibilità (attivo corrente / passivo corrente)</b>		<b>ESERCIZIO 2013</b>	<b>ESERCIZIO 2014</b>
1	Attivo corrente**	742.670.625,00	613.689.213,00
2	Passivo corrente	761.739.606,00	623.471.717,00
3	1 : 2	<b>97,5%</b>	<b>98,4%</b>

<b>c) Acid test (attivo corrente meno rimanenze / passivo corrente)</b>		<b>ESERCIZIO 2013</b>	<b>ESERCIZIO 2014</b>
1	Attivo corrente - rimanenze	681.494.533,00	554.007.717,00
2	Passivo corrente	761.739.606,00	623.471.717,00
3	1 : 2	<b>89,5%</b>	<b>88,9%</b>

\* Passivo corrente = Totale Fondi per Rischi ed Oneri + Totale Debiti entro 12 mesi +

\*\* 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 2014 presenta un utile d'esercizio di 16.931.734,00€.

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:

AZIENDA	Utile 2014	Destinazione Utili - Proposta aziendale
Azienda Sanitaria 1	3.650.825,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Sanitaria 2	- 2.537.059,00	L'Azienda propone di riportare la perdita a nuovo, dopo aver verificato che la stessa rispetta i limiti di cui all'art.10 della L.R. 49/1996.
Azienda Sanitaria 3	2.689.941,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Sanitaria 4	1.721.747,00	Il risultato economico è comprensivo degli utili derivanti dalla gestione dei Servizi delegati nel Distretto di San Daniele (€ 151.273). La destinazione dell'utile della gestione delegata è rimessa alle determinazioni dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto di San Daniele. Per il Servizio Sanitario la destinazione dell'utile 2014 è ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e).
Azienda Sanitaria 5	3.038.296,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Sanitaria 6	297.150,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Osp. Universitaria Udine	480.436,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Osp. Pordenone	1.873.842,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
Azienda Osp. Universitaria di Trieste	95.768,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
CRO	5.616.527,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
BURLO	4.261,00	L'Azienda propone di destinare l'utile di esercizio 2014 ad investimenti in conto capitale ex LR 49/1996, art. 10, comma 3, lettera e)
<b>TOTALE CONSOLIDATO</b>	<b>16.931.734,00</b>	

Con riferimento alla situazione economica dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.2 "Isontina", che ha chiuso l'anno 2014 con una perdita di esercizio, si evidenzia altresì che l'Azienda non ha rispettato tutti i vincoli operativi previsti dal punto 3.3 delle linee di gestione 2014.

In particolare non risultano raggiunti i seguenti vincoli:

1. La Farmaceutica ospedaliera deve essere ridotta del 4% rispetto al costo 2013 (proiezione annuale dei primi 9 mesi), mentre la territoriale deve rispettare il valore indicato come criterio di costruzione del finanziamento.
2. Il costo del Personale dipendente non può superare quello dell'esercizio consuntivo 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

3. Il ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive, ai sensi della legge n. 1/2002, dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005, deve essere ridotto almeno del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell'anno 2012.
4. Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi dell'80% di quelli sostenuti nell'anno 2012; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
5. La completa attuazione di quanto disposto dal DL 6-7-2012, n. 95 e s.m.i., art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi.

### VALUTAZIONE 2014 - 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 31/12/2014: le aziende descrivono lo stato di attuazione di quanto previsto nei risultati attesi;
- valutazione Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche sociale (di seguito direzione Centrale Salute): viene rappresentata la valutazione sintetica della Direzione rispetto al raggiungimento dell'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 risultato 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 risultati attesi sono stati raggiunti.

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

## | AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.1 "TRIESTINA"

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro 31/07/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>- Anatomia patologica di area vasta</li> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> <li>- Farmacie ospedaliere e territoriali</li> <li>- PDTA integrati</li> <li>- Consumo farmaci</li> </ul> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Si rimanda a quanto indicato nel documento inviato già in data 30/06/2014 con nota ASS1 Prot. 31007/GEN.I.1.A.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>b) OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b></p>

<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Entro 31/03/2014 proposto alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Risultato raggiunto.</p> <p>L'attività di riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere in applicazione degli standard del decreto Balduzzi è stata svolta da AOUTS e Burlo Garofalo. Per quanto riguarda l'elaborazione di AV si rimanda al documento "Piano operativo di AV" relativo agli obtv 10 "tasso di ospedalizzazione" e 11 "posti letto", inoltrato alla DRS con nota prot. n. 15216/gen.I.1.A dd. 31.3.2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.2 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

<b>Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria</b>	
Obiettivo aziendale Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione integrata delle malattie croniche, della continuità assistenziale	Risultato atteso Redazione del Piano dell'Assistenza Primaria e trasmissione alla DCSISSPS entro giugno 2014
Attuazione al 31.12.2014 Risultato raggiunto. Il Piano di Assistenza Primaria è stato inoltrato alla DRS con nota prot. n. 31021/GEN I.1.a dd 30.06.2014 e integrato con nota prot. n. 35819 dd 28.07.2014.	
<b>Valutazione DCSISSPSF</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi</b>	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso - Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013 - Nuovi progetti gestionali amministrativi a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014 b) Entro il 31/12/2014 attuazione del piano
Attuazione al 31.12.2014 Nel 2014 l'attività è proseguita. Alla pianificazione delle attività si è provveduto contestualmente alla progettualità di AVGI - linee dedicate (nota 9883 dd. 28.2.2014). Alcune tra le suddette linee sono state sospese per le motivazioni di cui alla nota Prot. n. 19149/GEN.I.1.A dd. 22.4.2014. In particolare con la predetta nota si prendeva atto delle indicazioni ricevute dalla DRS in sede di incontro dd. 1.4.2014 che prevedevano la sospensione dei termini di cui agli Accordi tra Aziende da cui conseguissero ricadute di tipo organizzativo e gestionale, in vista dell'approvazione della LR di riforma del SSR. Sono state implementate ulteriori azioni: - convenzione con il Burlo per la condivisione spazi archivio/magazzino - convenzione con il Burlo per le attività ufficio tecnico - piano di formazione di area vasta di cui alla linea 1.4.1 con l'ASS2 - convenzione per l'acquisizione di una collaborazione.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso Offerta complessiva AV con eliminazione doppioni in un'ottica sovraziendale
Attuazione al 31.12.2014 In linea Si veda anche documento di AV inviato in data 30/06/2014 con nota ASS1 Prot. 31007/GEN.I.1.A.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: G2 Clinico >80% del totale dei referti
Attuazione al 31.12.2014 La percentuale di referti firmati su G2 Clinico, seppur in misura crescente, è inferiore a quanto stabilito. Tutti gli operatori e tutti i sistemi sono stati messi in condizione di applicare la procedura in maniera completa e la % è più che raddoppiata rispetto al 2013. I referti firmati digitalmente sono percentualmente in aumento e già in linea con il risultato atteso per i servizi svolti da personale dipendente di ASS1 (Centro Sociale Oncologico e Centro Cardiovascolare).	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Complessivamente non è stato superato ancora il target in quanto non è stato possibile stipulare specifici accordi con gli specialisti ambulatoriali interni che in ASS1 rappresentano la maggior parte dei medici che possono refertare. Si consideri che il dato di partenza del 2013 era molto lontano dal target prefissato	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso: Tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF sono assolti

Attuazione al 31.12.2014 Gli obblighi sono stati regolarmente assolti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso: 1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20
Attuazione al 31.12.2014 La raccolta del consenso si è svolta regolarmente e tutte le pratiche relative sono state assolte. ASS1 mette in atto quanto previsto dal regolamento ex art. 20	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

## 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso: Gli esami sono disponibili nel repository regionale
Attuazione al 31.12.2014 Il repository regionale non è stato completato. ASS1 utilizza spazi e tecnologie PACS di AOOTS Al momento il sistema AOOTS non rende disponibili gli esami sul repository regionale. Gli esami sono comunque pronti per essere accolti nel sistema non appena questo verrà dalla regione messo in condizione di renderli disponibili.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014 V. esito monitoraggi regionali	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
Attuazione al 31.12.2014 V. esito monitoraggi regionali	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R.26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31.12.2014 V. esito monitoraggi regionali	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso: Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ ).
Attuazione al 31.12.2014 Il rapporto tra attività istituzionali e in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero sono in linea con il corrispondente valore del 2013.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>NELLE RILEVAZIONI SEMESTRALI EFFETTUATE NON RISULTA ESSERE STATO RISPETTATO PER LA VISITA DI</b>

<b>CHIRURGIA VASCOLARE (1 SEMESTRE)</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.</p>	<p>Risultato atteso: Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014 ASS1 invia regolarmente i dati dei monitoraggi secondo le disposizioni regionali</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale: Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.</p>	<p>Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014 ASS1 segue regolarmente le disposizioni regionali. Tutte le agende di prenotazione per le quali sono stati forniti criteri di priorità regionale sono state regolarmente avviate nei tempi previsti.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali</b>	
Obiettivo aziendale: Attuazione del programma vaccinale, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso l'azione dei pediatri e MMG in collaborazione con gli altri stakeholders	Risultato atteso: - Miglioramento degli indicatori LEA nel rispetto dello standard previsto (v. tabella indicatori LEA) - Copertura vaccinale per varicella almeno al 50%
Attuazione al 31.12.2014 Coperture raggiunte al 31.12.2014: 3a dose Esavalente = 91,1% 1a dose MPR = 83% Varicella nuovi nati = 37,6%	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso I tassi di copertura come già argomentato, non potevano essere raggiunti ab initio. In tutto il territorio regionale e nazionale si osserva un peggioramento complessivo dei tassi di copertura vaccinale. I recenti eventi riguardanti i presunti decessi conseguenti all'impiego del vaccino antinfluenzale FLUAD hanno sicuramente contribuito ad aumentare la sfiducia generale nei confronti delle vaccinazioni, sia raccomandate che obbligatorie. Obiettivo non raggiunto, pur in presenza di un enorme miglioramento dei tassi di copertura contro la varicella rispetto al 2013	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>SI CONDIVIDONO LE ARGOMENTAZIONI A GIUSTIFICAZIONE DELLO SCOSTAMENTO</b>
Obiettivo aziendale: Mantenere la rilevazione attiva degli eventi avversi alle vaccinazioni	Risultato atteso: Report sugli eventi avversi alla vaccinazione anti-varicella
Attuazione al 31.12.2014 Al 31/12/2014 segnalate complessivamente 25 reazioni avverse, di lieve entità, su 1.365 dosi di vaccino (758 dosi MMRV e 607 dosi anti varicella Varicella singolo) somministrate (pari al 1,8% del totale). Report trasmessi con note prot. N 30152-14/GEN.IV.1.K del 25.6.2014 e prot. N 62706-14/GEN.IV.1.K del 29.12.2014	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili "La prevenzione va a scuola"	Risultato atteso: Evidenza di iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi prima infanzia
Attuazione al 31.12.2014 Evidenza d'iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi di prima infanzia, oltre che ai PLS - Al 100% delle Scuole Materne fatto	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al 100% degli Asili nido fatto</li> <li>- inserimento sul sito WEB fatto: <a href="http://www.ass1.sanita.fvg.it">http://www.ass1.sanita.fvg.it</a></li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Incremento delle segnalazioni di malattie infettive correlate al test da parte dei Dipartimenti Dipendenze ai Dipartimenti di Prevenzione (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Dal 2014 è iniziata, da parte del Dipartimento delle Dipendenze la trasmissione delle segnalazioni di malattie infettive correlate al test (sieropositivi per epatite B, C e HIV). Il Dipartimento di Prevenzione ha effettuato l'elaborazione dei dati e ha trasmesso con nota Prot N 62979-14/GEN.IV.1.K di data 30 dicembre 2014 la relazione relativa ai dati pervenuti.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Realizzazione dei programmi di screening</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Miglioramento degli indicatori LEA nel rispetto dello standard previsto (v. tabella indicatori LEA)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Inviti al programma di screening della cervice uterina: 100%.</p> <p>Copertura cervice uterina: 59,31</p> <p>Copertura screening colon retto: 53,6%</p> <p>Copertura screening mammografico: 70,8%</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Si osserva un aumento importante dell'adesione agli screening, del resto in linea con le tendenze nazionali e regionali. L'ASS1 ha già attivato attraverso i distretti iniziative volte a migliorare i tassi di adesione.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
	<p><b>I DATI PROPOSTI SEMBRANO DARE RIFERIMENTO ALLA COPERTURA GLOBALE E NON A QUELLA DI SCREENING CHE INVECE RISULTA PER LA MAMMELLA PARI A 54,7%. GLI INDICATORI LEA NON MIGLIORANO RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE (CALA CERVICE, CALA MAMMELLA, AUMENTA IL COLON)</b></p>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Per le aziende con l'unità senologica:</p> <p>Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) &lt;10%</p>

GISMA ed europee	
Attuazione al 31.12.2014 Percentuali di early recall 8,52 (in linea con raccomandazioni GISMA ed Europee).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### **Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali**

#### **Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni**

Obiettivo aziendale: Organizzazione di un corso regionale in merito alle modalità di intervento ispettivo da parte del personale con qualifica di UPG	Risultato atteso: Presentazione di una proposta regionale condivisa tra tutti Direttori Dipartimento di Prevenzione per un unico corso formativo per tutto il personale UPG afferente ai Dip prevenzione che preveda anche il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con i fondi di cui all'art. 15 c. 6 D.Lgs 81/08.
--	--

Attuazione al 31.12.2014

La proposta è stata predisposta, in collaborazione con il Responsabile della SCPSAL dell'A.S.S. n° 2 Isontina, discussa con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e trasmessa alla Regione. Nel corso del 2015 inizieranno i corsi.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo**

Obiettivo aziendale: Iniziative di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione sul campo - anche interaziendale - del personale dei Dipartimento Prevenzione che effettuerà le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint (da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08);</li> <li>- Definizione, di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, a partire dalla selezione/identificazione delle macchine d'interesse, da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole, finalizzata a rendere omogenei gli interventi ispettivi su tutto il territorio regionale. La lista sarà resa disponibile ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento;</li> <li>- Realizzazione di ispezioni in aziende agricole per macchine e fitosanitari (secondo il numero fornito dal gruppo regionale agricoltura coordinato dal SPSAL ASS 5)</li> </ul>
---	---

Attuazione al 31.12.2014	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il 12 e 13 maggio sono state organizzate presso l'A.S.S. 5 due edizioni del corso regionale "Sicurezza macchine agricole". Nel mese di giugno (9-11 e 10-12) sono state organizzate presso l'A.S.S. 2 due edizioni del corso regionale "Fitosanitari: gestione e uso responsabile per la tutela della salute, della sicurezza e dell'ambiente".</li> <li>- La "lista di controllo", condivisa tra le SPSAL regionali è stata prodotta.</li> <li>- Le due ispezioni indicate dalla programmazione regionale per la nostra ASS, concordate con la SCIAN, sono state effettuate nelle giornate del 5 agosto e 17 novembre (<u>registrazione su archivio Regionale MeLa</u>)</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione nel comparto edile</b>	
<b>Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (proponendo anche indicazioni in merito alla semplificazione). La check list dovrà essere resa trasparente ai sensi art 25 L- 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento.</li> <li>- Partecipazione ad un incontro regionale con tutti gli SCPSAL, organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza svolte da soggetti esterni alle ASS.</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2014	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'incontro regionale con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali e tutte le SPSAL, organizzato dal gruppo regionale edilizia e coordinato dall'ASS 5 si è tenuto il 26 giugno.</li> <li>- La check list è stata prodotta (<u>allegato 31b</u>)</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Progetti nazionali</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Potenziamento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL), denominati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) INFORMO (infortuni gravi e mortali)</li> <li>2) MALPROF</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inserimento nel programma INFORMO dei casi trattati a partire da quelli rientranti nella casistica indicata nella nota esplicativa - e comunque almeno 60 - d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO coordinato dall'ASS 6 Friuli occidentale tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico</li> </ol>

	<p>nell'ultimo triennio di dati disponibili.</p> <p>2. Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>1. Sono stati registrati nel Programma INFORMO tutti i casi (13= 100%) rientranti nella fattispecie prevista al punto 1 delle azioni.</p> <p>2. Sono stati registrati nel Programma MALPROF 54 casi, sui 62 ricadenti nella fattispecie da registrare (87%).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Amianto</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Rilancio attività ex esposti ad amianto</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.</li> <li>- Formazione dei medici competenti relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08. Al corso, organizzato dal CRUA, dovranno partecipare tutti i SPSAL</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il 100% dei questionari relativi ai casi in esame sono stati trasmessi al COR (registrazione su archivio Regionale MeLa-INSIEL).</li> <li>- Il corso di formazione per gli addetti si è svolto a Monfalcone il giorno 21 maggio ed hanno contribuito allo stesso, anche come docenti, operatori della SCPSAL dell'ASS 1.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie professionali osteoarticolari</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Organizzazione di un corso regionale in collaborazione con l'INAIL con la partecipazione di tutti i SPSAL ed organizzato dall'ASS 6 anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.</p>

Attuazione al 31.12.2014 Il corso regionale di formazione per gli operatori SPSAL, in collaborazione con INAIL regionale, è stato tenuto in data 10.11.2014 a Udine	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Conoscenza del territorio e delle specificità</b>	
Obiettivo aziendale: Conoscenza delle specificità territoriali sulla cui base impostare progetti di prevenzione coordinati tra le diverse ASS.	Risultato atteso: Produzione di un documento che a partire dai dati dei nuovi flussi informativi su aziende, dipendenti, infortuni e malattie professionali, individui specificità e criticità tali da poter pianificare degli interventi coordinati a livello interaziendale o regionale su specifici comparti e/o settori produttivi
Attuazione al 31.12.2014 Il gruppo di lavoro regionale formato da operatori delle SCPSAL e dell'INAIL ha prodotto il documento a partire dal data base Flussi Informativi INAIL-Regioni	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
Obiettivo aziendale: Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso: Proposta di un modello Excel con variabili significative condivise ed omogenee per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
Attuazione al 31.12.2014 Da gennaio a dicembre sono stati organizzati 6 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.1, 2.04, 24.06, 5.08, 8.10, 9.12.2014) Sono state approvate le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione**

Obiettivo aziendale Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione: - promozione dell'allattamento al seno - diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti	Risultato atteso: Evidenza della attuazione dei programmi di: - Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80% dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65% dei vaccinati (rif. SIASI). - Alimentazione nei servizi prima infanzia (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale):
---	---

	<p>diffusione dell'informazione sulle linee di indirizzo e sulla politica aziendale ASS1 in materia di allattamento e alimentazione complementare, rivolta ad operatori nidi e famiglie: 1 incontro per ogni ambito/distretto. Report finale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ristorazione collettiva nelle scuole primarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale): Rilevazione della diffusione e adesione alle linee di indirizzo regionali nei servizi di ristorazione scolastica di tutti i Comuni della provincia. Produzione di un report.</li> <li>- Distribuzione automatica nelle scuole secondarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale): Rilevazione della diffusione e adesione alle linee di indirizzo regionali testando almeno il 50 % (7 istituti) delle scuole secondarie: stesura report finale</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio alimentazione alla 2° vaccinazione su sistema informativo regionale: 100% schede inserite. Tasso di allattamento esclusivo alla 2° vaccinazione da monitoraggio regionale ASS1 2014= 37.5% (ASS1 2013= 35.8%- + 1.7%0; Regione FVG 2014 29.09%). Completato il percorso di accreditamento UNICEF Italia e riconoscimento di ASS1 come Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento al Seno (1° in regione 4° in Italia)- report UNICEF disponibile.</li> <li>- somministrati questionari e effettuati 4 incontri nei Distretti: allegato report</li> <li>- rilevazione effettuata in 6 comuni ed effettuate verifiche nelle 18 strutture previste: allegato report</li> <li>- effettuate le 7 verifiche previste: allegato report</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti e degli stakeholder coinvolti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Implementato il progetto Overnight 2014 che assicurato interventi di prevenzione e riduzione dei rischi in partnership con la Provincia ed il Comune di Trieste, il Comune di Muggia, le cooperative DuemilaUno Agenzia Sociale e La Quercia, l'associazione culturale Etnoblog e le associazioni di volontariato ALT ed ASTRA.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione nell'attività formative sulla Prevenzione incidenti domestici orientate al target anziani e bambini</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza delle azioni informative/formative svolte e degli stakeholder coinvolti</p>

Attuazione al 31.12.2014

Attività informative/formative svolte

- docenza in materia di "Prevenzione degli Incidenti Domestici nella fascia di età 0-4 anni" nel corso "Creazione di impresa nel settore dei servizi alla prima infanzia" organizzato dall'IRES FVG per un totale di 8 ore di insegnamento;
- partecipazione all'evento/spettacolo "Percorso informativo - Salute in casa e prevenzione incidenti domestici" tenutosi il giorno 24/06/2014 presso l'Auditorium comunale organizzato da Federsanità ANCI.
- Incontro con gli stakeholder a Palmanova in data 31 ottobre 2014 (convocazione inviata il 17.10.2014, partecipazione della RAI, del Vigili del Fuoco, delle AAS, degli Enti Locali, della Consulta Disabili, del Criba, delle Province, delle Aziende Ospedaliere e IRCCS, degli Ordini degli Ingegneri, Architetti e Medici-Chirurghi.
- Convegno il 10 dicembre 2014 "Incontri sui temi della sanità pubblica e della prevenzione" (Stazione Marittima) Sala Oceania. Moderatore dell'evento: Dott.ssa Gioia Meloni - RAI Friuli Venezia Giulia: La disabilità, immagine di una società che cambia, in collaborazione con I Consulta Disabili.
- Ristampato ed iniziata la diffusione del manuale "Infortuni nelle abitazioni. Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione" prodotto nell'ambito di un progetto CCM.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute</p> <p>1 Contrasto all'abuso di alcol:</p> <p>2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo</p> <p>3 Promozione dell'attività motoria</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati</p> <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione)</li> <li>- Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi)</li> </ul> <p>3. Attuazione di nove gruppi nell'ambito del progetto "muoviamoci insieme" e di 3 corsi per anziani</p>

Attuazione al 31.12.2014

DDD

1 Relativamente ai problemi alcol correlati secondo quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze sono state implementate:

- iniziative e progetti specifici di prevenzione e di riduzione dei rischi (Progetti Overnight 2014, Aprile Mese di Prevenzione Alcolologia, Alcohol Prevention Day);
- percorsi strutturati di informazione/formazione per utenti, familiari ed operatori sanitari;
- collaborazioni strutturali e/o progettuali con le associazioni di volontariato del settore (associazioni ASTRA, ACAT, ARTI PER LA SALUTE; HYPERION)

- percorso congiunto che ha portato alla stesura di un documento informativo sul tema alcol e lavoro nell'ambito del Comitato Consultivo Provinciale, in collaborazione tra ASS, INAL e Confindustria; è stato effettuato un corso di informazione rivolto ai Dirigenti Aziendali presso la sede della Confindustria di Trieste in data 29.5.2014.

2. relativamente al contrasto al tabagismo sono state assicurate:

- Iniziative realizzate finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano: partecipazione a tutte le iniziative del tavolo regionale tabagismo; implementazione di n. 2 corsi formativi accreditati ECM in collaborazione con la SC Cardiologia e un modulo formativo con il personale della SC Pneumologia; implementazione di percorsi di disassuefazione per target specifici (cardiopatici, diabetici, pneumopatici, personale dell'ASS1); sperimentazione di focus group di sensibilizzazione presso il CSM del Distretto n. 2 per pazienti e operatori tabagisti.

DIP

sono state assicurate iniziative di prevenzione (Overnight 2014, Aprile Mese di Prevenzione Alcolica, Alcohol Prevention Day), diversi corsi di informazione/formazione per utenti, familiari ed operatori sanitari, collaborazioni strutturali e/o progettuali con le associazioni di volontariato del settore. E' stata pubblicata la

"Guida per una navigazione sicura e per la gestione delle emergenze", in collaborazione con la Capitaneria di Porto e l'INAIL, nella quale è stata prodotta la parte relativa alla tematica alcol e lavoro (<http://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/settori-C-4/pesca-navigazione-C-16/inail-guida-per-la-navigazione-sicura-la-gestione-delle-emergenze-AR-14022/>)

Iniziative realizzate finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano: partecipazione a tutte le iniziative del tavolo regionale tabagismo, corsi formativi per personale ospedaliero, implementazione di percorsi di disassuefazione per target specifici (cardiopatici, diabetici, personale dell'ASS1) Predisposto un documento informativo congiunto sul tema alcol e lavoro nell'ambito del Comitato Consultivo Provinciale, in collaborazione tra ASS, INAL e Confindustria. Effettuato un corso di informazione rivolto ai Dirigenti Aziendali presso la sede della Confindustria di Trieste in data 29.5.2014.

Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo: data la disponibilità per la formazione accertatori (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi). E' stata effettuata la ricognizione dei preposti al fumo nelle strutture aziendali, che saranno destinatari della formazione e aggiornamento nel corso della seconda metà dell'anno. Predisposto progetto di formazione per i dipendenti ASS 1 su disassuefazione fumo, alcol, alimentazione e attività motoria con metodica integrata in fase di valutazione.

Attuazione di nove gruppi nell'ambito del progetto "muoviamoci insieme" e di 3 corsi per anziani

DISTRETTI

3. Attuazione di 10 gruppi nell'ambito del progetto "muoviamoci insieme"(Distretto 4) per un totale di 200 persone coinvolte.

Attuazione di 6 corsi per persone anziane presso i ricreatori comunali come da Piano di Zona 2013, obiettivo 7.1, per un totale di 240 persone.

Attuazione di 4 corsi nell'ambito del progetto Benessere (Distretto 2) per un totale di 60 persone.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale	Risultato atteso:
Invecchiamento attivo: Realizzazione di	Evidenza dell' effettuazione di interventi

attività/progetti in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'intergenerazionalità	
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Effettuato un incontro divulgativo sui risultati di PASSI d'Argento in data 14.5.2014.</p> <p>Il documento relativo all'attività svolta nelle Microaree è stato pubblicato sul sito EpiCentro: <a href="http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/Report_PDA_Microaree_2013_dettagliato.pdf">http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/Report_PDA_Microaree_2013_dettagliato.pdf</a></p> <p>Partecipazione alla seconda edizione di "La salute non ha età" e diffusione dei risultati in data 24/settembre 2014 nel corso di un incontro con la popolazione organizzato dai Comuni della provincia di Trieste presso Borgo Grotta Gigante (tavolo 7.1).</p> <p>Sono stati inviati i materiali inerenti le informazioni su i seguenti progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AFRODITE</li> <li>- Estate libera</li> <li>- Telefono speciale</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costruzione dei materiali da inserire nel sito (DSM, DDD, Distretti, DIP)</li> <li>- Sezione aggiornata con materiale delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimenti di salute Mentale, SC Tutela salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglie.) pertinente i temi trattati dal portale <a href="http://www.giovanifvg.it">www.giovanifvg.it</a></li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Effettuati il coordinamento e l'informazione a tutte le SO. Prodotto il report aziendale e inviato all'Area Welfare. Al 30/06/2014 il materiale è pubblicato on-line sul sito <a href="http://www.giovanifvg.it">www.giovanifvg.it</a> nella sezione STAR BENE.</p> <p>Il gruppo di lavoro nel corso del 1° semestre ha calendarizzato gli incontri (uno ogni 15 gg.), organizzato dei focus group con persone tardo adolescenti e giovani adulti finalizzati ad un'analisi esplorativa di tipo qualitativo relativamente alla corrispondenza tra attese dei consumatori e materiali disponibili nel sito, valutato le offerte per la costruzione del sito WEB, partecipato ad un corso di "Web writing" propedeutico alla stesura dei materiali da pubblicare nel sito.</p> <p>Pubblicazione sul portale in concomitanza alla regata della Barcolana (3 – 12 ottobre 2014).</p> <p>Il DDD ha individuato materiali/documenti da inserire come DDD nel sito ed è stata implementata la sezione del portale relativa all'Azienda</p> <p>Il gruppo di lavoro del DSM nel corso dell'anno ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- calendarizzato gli incontri (uno ogni 15 gg.),</li> <li>- organizzato dei focus group con persone tardo adolescenti e giovani adulti finalizzati ad un'analisi esplorativa di tipo qualitativo relativamente alla corrispondenza tra attese dei consumatori e materiali disponibili nel sito,</li> </ul>	

- La prima release del sito web è stata attivata entro il 31.12.14 per visualizzazione interna ai servizi aziendali .
  - partecipato ad un corso di "Web writing" propedeutico alla stesura dei materiali da pubblicare nel sito.
- L'ultimo incontro si è tenuto il 19 dicembre ed i materiali saranno presentati a gennaio 2015.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza

Obiettivo aziendale Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Risultato atteso: - Effettuazione 280 interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno sui 4 temi di guadagnare salute (con diffusione dei risultati in azienda). - Effettuazione delle rilevazioni Okkio e HBSC come da indicazioni regionali
---	---

Attuazione al 31.12.2014

- PASSI: effettuate al 31/12/2014 290 interviste (103% del totale). Redatti e diffusi in azienda il Report Guadagnare salute 2010-2013 (Dicembre 2014) e 3 schede tematiche su alcol, fumo ed eccesso ponderale.
- effettuato lo studio HBSC, coinvolte 29 classi (20 classi scuola media inferiore e 9 classi scuole medie superiori), completato al 30/06/2014;
- effettuate le rilevazioni Okkio nelle 20 classi selezionate (circa 470 alunni) e completato l'inserimento dati al 30/06/2014.

Attività correlata svolta:  
Partecipazione allo studio osservazionale dell'ISS sul monitoraggio dell'applicazione della normativa sul fumo nelle scuole: 6 visite presso 2 Istituti delle medie inferiori e 4 Istituti medie superiori con inserimento informatico dei dati completato al 30/06/2014.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Obiettivo aziendale Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza	Risultato atteso: Mappatura delle iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate.
--	--

Attuazione al 31.12.2014

E' stata effettuata una mappatura delle iniziative concluse nell' ASS 1 al 31/12/2013.

I programmi in corso nel 2014 sono descritti nel report aziendale inviato all'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani.

E' stata effettuata una mappatura delle iniziative effettuate dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASS1, trasmessa alla Regione ed alle ASS, sulla base di questo documento si sta andando alla

produzione di un documento su base omogenea a livello regionale	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.2.6 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	Risultato atteso: Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva.
---	---

Attuazione al 31.12.2014

Effettuata la rilevazione in tutte le residenze per anziani previste (21)

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Obiettivo aziendale: Monitoraggio della applicazione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione dell'autocontrollo.	Risultato atteso: - Condivisione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 con la stesura di un documento finale di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese - Almeno 7 (6 SCIAN e 1 VET), interventi di controllo programmati per il 2014 – a conclusione della prima fase - da parte dei Servizi Veterinari e SIAN. Stesura di un report finale al fine della validazione del progetto
--	---

Attuazione al 31.12.2014

Con nota di data 22.12.2014 della SOCIAN di ASS2 (allegata) il referente regionale ha ufficializzato lo slittamento al 2015 dell'attività, non essendo ancora stata completata la prima fase da parte del gruppo sperimentale regionale

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

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 ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2013	Risultato atteso: SCIAN - Almeno 550 interventi ispettivi programmati per il 2014 - il 6 audit programmati per il 2014 - 94 controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati - n.350 valutazioni del rischio programmati - 6 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. SSTISAOA - 370 interventi ispettivi nelle imprese alimentari riconosciute, registrate e nel settore primario. - 6 Audit nelle imprese alimentari riconosciute e registrate, in base alla frequenza stabilita dal PQSA.
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 110 campioni ufficiali di alimenti;</li> <li>- 25 valutazioni del rischio nelle imprese alimentari registrate del commercio al dettaglio (macellerie e pescherie) con l'utilizzo del programma regionale SISAVER, in base alla frequenza stabilita dal PQSA.</li> <li>- 6 controlli ispettivi congiunti con il SIAN come da accordo Conferenza Stato Regioni.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>SCIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 812 interventi ispettivi, pari al 148% del programmato PQSA;</li> <li>- 10 audit su 6 programmati PQSA;</li> <li>- 115 campionamenti di alimenti pari al 122% del programmato;</li> <li>- 752 valutazioni del rischio sulle attività soggette agli interventi ispettivi;</li> <li>- 8 controlli congiunti con la SSTISAOA</li> </ul> <p>SSTISAOA (VET B)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sono stati effettuati 661 interventi ispettivi nelle imprese alimentari registrate e riconosciute e nel settore primario, pari al 100% degli interventi programmati ;</li> <li>- 6 audit su 6 programmati nelle imprese alimentari riconosciute e registrate, in base alla frequenza stabilita dal PQSA;</li> <li>- 142 campioni ufficiali di alimenti;</li> <li>- 28 valutazioni del rischio (25 programmate) nelle imprese alimentari registrate del commercio al dettaglio (macellerie e pescherie), e 5 valutazioni del rischio nei laboratori artigianali, con l'utilizzo del programma regionale SISAVER, in base alla frequenza stabilita dal PQSA ;</li> <li>- 8 controlli ispettivi (6 programmati) congiunti con il SIAN, come da accordo conferenza Stato Regioni.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuazione del terzo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Stesura di una relazione finale di verifica su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- miele</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In linea con la Regione</p> <p>In tutto il territorio Regionale la II fase del progetto non è stata ancora completata.</p> <p>Il gruppo di lavoro Regionale ha deciso di verificare l'efficacia del progetto dopo la realizzazione della II fase progettuale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuazione degli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione dei TdP ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che</li> </ul>

	<p>effettuerà le visite ispettive (formazione, eventualmente anche con corso interaziendale, da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visite ispettive nel 30% delle rivendite presenti nel territorio aziendale secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013).</li> <li>- Visite ispettive a livello interdipartimentale (tra servizi igiene e SPSAL) in 90 aziende agricole complessivamente: la suddivisione delle aziende sarà definita in base al peso che il comparto assume in ciascuna azienda sanitaria.</li> <li>- Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute, secondo le indicazioni ministeriali</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 tecnici della prevenzione hanno effettuato il corso di formazione regionale;</li> <li>- sono stati effettuati n. 7 controlli nelle rivendite, come da programma regionale;</li> <li>- i controlli congiunti previsti in 2 aziende agricole sono stati eseguiti in data 05/08/2014 e 17/11/2014</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% dei controlli agli allevamenti della coorte individuati dal piano Regionale</li> <li>- Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky</li> <li>- Eseguire i controlli previsti dal Piano Regionale</li> <li>- Mantenere l'attività di farmacovigilanza previste, con particolare riferimento alla vaccinazione contro il Morbo di Aujeszky</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel corso dell'anno 2014 (secondo semestre) due allevamenti sono rientrati nelle numerosità previste per l'effettuazione del campionamento, e pertanto sono stati sottoposti a campionamento con le modalità previste dal piano;</li> <li>- E stata mantenuta l'attività di ricognizione mediante verifica documentale dei documenti di trasporto in entrata ed uscita dagli allevamenti suinicoli;</li> <li>- Sono stati regolarmente attuati i controlli previsti sui suini macellati presso il macello presente nel territorio e nei suini macellati presso altri macelli della regione mediante le comunicazioni dei servizi veterinari delle altre A.S.S.;</li> <li>- è stata debitamente svolta l'attività di farmacovigilanza mediante monitoraggio delle</li> </ul>	

comunicazioni di avvenuta vaccinazione inviate dai veterinari libero-professionisti che effettuano le vaccinazioni negli allevamenti stanziati sul territorio.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	Risultato atteso: 100% interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2014
Attuazione al 31.12.2014 Al 31.12.2014 è stato effettuato il 100% dei controlli previsti dal PQSA (il numero inferiore di controlli in allevamento sugli equini, 2 invece di 5, è stato compensato dal numero ampiamente superiore di controlli effettuato presso le stalle della ditta Fratelli Prioglio di Prosecco IT005TS057, sono state infatti svolte 372 ispezioni sul benessere degli equini ivi stabulati, con registrazione degli stessi nel sistema TRACES, contro gli 8 controlli richiesti) ed il 100% dei controlli durante il trasporto in base alle numerosità concordate con l'Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari per il Friuli Venezia Giulia.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b>	
<b>Ambiente e salute</b>	
Obiettivo aziendale: Applicazione della procedura di Valutazione di Impatto sulla Salute	Risultato atteso: Evidenza del coinvolgimento dell'ARPA e degli "informatori chiave" quali Comune, Provincia, etc. per l'individuazione degli elementi utili all'espressione del parere su insediamenti, progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute (anche prodotti per area vasta).
Attuazione al 31.12.2014 Operatori del Dip partecipano a un gruppo tecnico multidisciplinare mirato a garantire una reale capacità di intervento in situazioni critiche e per la valutazione del rischio per la popolazione. Tale gruppo è stato definito il giorno 31 marzo e si è riunito i giorni 12 e 28 maggio e 4 giugno. Il gruppo è composto, oltre che da rappresentanti di ASS1, anche da tecnici dell'ARPA-FVG, del Comune di Trieste, della Provincia di Trieste, dell'Università degli Studi di Trieste e della Regione FVG -Direzione Centrale Ambiente ed Energia della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, cui è stato affidato il coordinamento dello stesso. Il gruppo si è attivato per produrre la VISPA per lo stabilimento della "Ferriera di Servola", attività che proseguirà e si completerà nel 2015.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione cardiovascolare</b>	
Obiettivo aziendale: Prevenire mortalità e morbosità mediante la	Risultato atteso: Valutazione e correzione del rischio cardiovascolare

valutazione del rischio individuale	globale e degli stili di vita, da parte dei mmg, in una quota di cittadini appartenenti alla popolazione eligibile (come da accordo mmg), estensione della valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale ad altre figure professionali.
Attuazione al 31.12.2014 In linea Relazione a disposizione	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>CHIESTA RELAZIONE, NON PERVENUTA</b>
Obiettivo aziendale: Formare i professionisti	Risultato atteso: Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia
Attuazione al 31.12.2014 Attivato percorso di formazione a distanza (FAD) con i cardiologi del CCV destinato al personale sanitario in tema di prevenzione del rischio cardiovascolare.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>REACH</b>	
Obiettivo aziendale: Applicazione del regolamento REACH in ambito locale	Risultato atteso: Almeno un'ispezione per Area Vasta
Attuazione al 31.12.2014 Nell'ambito dell'attività svolta su area vasta, nel 2013 le ispezioni sono state fatte nel territorio dell'ASS 1, nel 2014 gli interventi sono stati effettuati in due aziende della provincia di Gorizia.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b>	
Obiettivo aziendale: Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Risultato atteso: - Avvio del Sito Web. - Pubblicazione monitoraggio trimestrale condotte suicidarie.
Attuazione al 31.12.2014 Il gruppo di lavoro nel corso dell'anno si è incontrato con regolarità con il personale di Televita impegnato nell'attività relativa a Telefono Speciale ed ha partecipato all'attività del gruppo di	

lavoro che è coinvolto nella messa a punto dei materiali da pubblicare nel portale [www.giovani.fvg.it](http://www.giovani.fvg.it).

Si sono ripresi i contatti con il Servizio di Medicina Legale di AO/US ed è ripresa la pubblicazione dei report trimestrali sui suicidi.

La prima release del sito web è stata attivata entro il 31.12.14 per visualizzazione interna ai servizi aziendali

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>Meglio Sapere Tutto</b>	
<p>Obiettivo aziendale:            Prosecuzione delle attività del progetto " Meglio Sapere Tutto" La promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le malattie sessualmente trasmesse (M.S.T.), l'uso di sostanze e altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education</p>	<p>Risultato atteso:            Evidenza delle azioni informative/formative previste dal progetto per l'anno 2014</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il progetto Meglio Sapere Tutto ha uno sviluppo biennale.</p> <p>Le attività di coordinamento fanno capo alla SCBADOF del Distretto 3 (referente di progetto: dott.ssa Sola; Dott.ssa Ravelli).</p> <p>Il gruppo di coordinamento è composto da operatori sanitari (SCBADOF distrettuali, DDD-sostanze legali, illegali, MST), DIP (Promozione salute nelle scuole, Epidemiologia), Insegnanti referenti delle scuole partecipanti, Cooperativa La Quercia (2 educatori dedicati).</p> <p>Il gruppo ASS1 La Quercia ha svolto un percorso di formazione sul campo/ verifica e programmazione delle attività nelle scuole coordinato dalla SCBADOF distretto3 per un totale di 10 incontri sulle tematiche di interesse.</p> <p>Le attività nelle scuole si concentrano nell'anno scolastico, mentre i gruppi di lavoro hanno sviluppo nell'anno solare.</p> <p>Al giugno 2014 si è completata l'annualità che fa riferimento all'Anno Scolastico 2013- 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- partecipanti 4 istituti e 6 scuole secondarie di secondo grado della provincia di Trieste (Galilei, Galvani, Deledda, Sandrinelli- Da Vinci- Carli);</li> <li>- reclutati per autocandidatura 29 peer nelle classi 3<sup>e</sup>;</li> <li>- formati 23 peer educator che hanno completato la formazione (2 gruppi per 9 incontri della durata di circa 3 ore ciascuno di cui metà in orario scolastico; assegnati i crediti scolastici);</li> <li>- completato il percorso formativo per insegnanti (14 insegnanti partecipanti per 2 incontri (sessualità e rischio MST; Adolescenti e sostanze)</li> <li>- svolti interventi nelle classi 2<sup>e</sup> degli istituti partecipanti per 21 classi e 375 studenti (1 intervento dei Peer di 2 ore e 1 intervento degli insegnanti di 1 ora);</li> <li>- focus group finale con insegnanti e ragazzi;</li> <li>- elaborati e consegnati i questionari pre e post (report a disposizione)</li> </ul> <p>Nel settembre 2014 (Anno Scolastico 2014- 2015) il progetto è ripartito:</p>	

- partecipanti 4 Istituti e 6 scuole secondarie di secondo grado (Galilei, Galvani, Deledda, Max Fabiani, Sandrinelli- Da Vinci) per un totale di 22 classi 2e e 20 classi 3e;
- reclutati per autocandidatura 45 studenti delle classi 3e;
- avviata la formazione di base per i Peer Junior (con 5 incontri per 2 gruppi) per 45 Peer Junior
- mantenuta l'attività di gruppo dei Peer reclutati nell'anno precedente (15 Peer Senior) con 4 incontri di formazione aggiuntiva;

I Peer hanno partecipato all'iniziativa "+o- positivi" in occasione delle manifestazioni riguardanti la giornata mondiale di lotta all'AIDS (settimana del 1°dicembre) in Sala Veruda (programma allegato).

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, al fine di raggiungere il target definito dall'AIFA-MEF per le classi terapeutiche riportate nell'allegato C2 delle linee di gestione 2014 (sartani non associati; sartani associati a diuretici, statine, agonisti selettiva dei recettori 5HT1, altri antiepilettici ;SSRI ,altri antidepressivi, adrenergici e altri farmaci per disturbi ostruttivi)</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari e definizione e monitoraggio di specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati. (N.B. – presso ASS 1 può prescrivere tali farmaci solo la S.C. CSO)</li> <li>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale e continuazione della distribuzione per conto (DPC). Monitoraggio dei consumi e della appropriatezza d'uso con particolare riguardo alla politerapia nell'anziano in entrambe le fattispecie distributive.</li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali); adozione dei percorsi definiti a livello regionale e monitoraggio degli indicatori correlati.</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.</li> <li>7. Verifica di fattibilità ed avvio della DPC dei prodotti AFIR al fine del contenimento della spesa.</li> </ol>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>- ASS1 ha provveduto a monitorare costantemente gli indicatori di programmazione e controllo</p>	

ex DL. 78/2010 predisponendo dei report destinati ai MMG/PLS e alle Strutture dipendenti ed accreditate e alla Direzione Sanitaria di AOUST, relativamente alle prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto nel I quadrimestre, I semestre e nei primi otto mesi del 2014. Al fine di raggiungere il target definito dall'AIFA-MEF per le classi terapeutiche riportate nell'allegato C2 delle linee di gestione 2014 sono stati inoltre organizzati 8 incontri con le UDMG di tutti i distretti (24/1, 14/5, 20/5, 22/5, 22/10, 5/11, 6/11, 13/11) a cui si aggiungono 4 incontri distrettuali con i MMG (D1 18/6, D2 2/7, D3 10/7, D4 2/7) e periodici incontri con le strutture aziendali finalizzati allo scopo. E' stato infine predisposto e divulgato un numero della rivista aziendale "Così è se vi pare" di aggiornamento sull'uso appropriato dei sartani e delle statine. Il target proposto dalla Regione è stato raggiunto in 4 indicatori (sartani, sartani associati a diuretico, triptani e antidepressivi SSRI).

- Il Gruppo di lavoro di AV dedicato al tema del consumo dei farmaci si è riunito in data 24/2 e 22/5 condividendo anche i possibili indirizzi per favorire la prescrizione dei medicinali biosimilari che sono stati raccolti nel documento dal titolo "Protocollo di area vasta finalizzato a favorire la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto - biosimilari, sia in ambito territoriale che ospedaliero (prot. 43739) che tiene conto delle caratteristiche proprie di ogni azienda. In ASS1, il CSO (unico centro prescrittore) ha utilizzato epoetina alfa in forma biosimilare nel 100% delle prescrizioni e filgrastim biosimilare nel 95% delle richieste.

- ASS1 ha proseguito con la distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità in sintonia con il Prontuario aziendale dedicato alle Strutture residenziali e semiresidenziali. Si registra un incremento delle DDD (+9%), del numero di principi attivi e delle confezioni dei medicinali di classe A distribuiti direttamente alle Strutture residenziali e semiresidenziali nel corso del 2014 rispetto all'anno 2013. ASS1 ha inoltre continuato la distribuzione per conto dei medicinali prevedendo anche il costante inserimento nell'elenco dei farmaci erogabili di tutti i nuovi medicinali che rispettano i criteri d'inclusione previsti dall'accordo. Il monitoraggio e l'analisi della politerapia, in particolare nel paziente anziano, sono state oggetto dell'attività di ASS1 anche attraverso la prosecuzione del progetto AIFA dedicato. In particolare sono stati diffusi ai MMG 3 report personalizzati ed uno generale delle maggiori interazioni tra farmaci riscontrate in ASS1 e sono stati organizzati incontri periodici multidisciplinari con il coinvolgimento dei MMG, degli Specialisti di AOUST, del personale dei Distretti e dei Dirigenti farmacisti (4 incontri per distretto).

- Nelle "linee di indirizzo per la gestione della triplice terapia nel trattamento dell'epatite cronica HCV relata in FVG" sono individuati gli "indicatori di monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento farmacologico"; essi sono di tipo clinico e pertanto oggetto di valutazione da parte degli specialisti ospedalieri. Sono stati attivati dal personale del CCV specifici percorsi di presa in carico, in accordo con le raccomandazioni regionali e di selezione dei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare candidati ai NAO inviati dai MMG, dalle strutture ospedaliere e in dimissione dal PS. E' stato anche previsto un intervento educativo specifico e tutti i pazienti posti in terapia con NAO sono stati inseriti nell'Osservatorio cardiovascolare di Trieste e monitorati per gli eventi tromboembolici ed emorragici.

- Sono state inoltrate a tutti i MMG le "schede medico" personalizzate relative al II semestre 2013.

- ASS1 ha monitorato le prescrizioni AFIR, in particolare quelle riguardanti i dispositivi per diabetici, mettendo in evidenza le relative criticità in 4 incontri distrettuali di audit con i MMG. E' stato prodotto un report di analisi dell'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi per diabetici con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili. Sono state riviste le procedure autorizzative di

tutti i prodotti AFIR, ad esclusione delle strisce per il controllo della glicemia e del materiale di assorbimento, con la collaborazione degli urologi e dei chirurghi ospedalieri. E' stato intensificato il controllo distrettuale sul materiale di assorbimento distribuito attraverso l'appalto regionale per migliorare l'assistenza fornita, scegliendo il prodotto più adatto alle esigenze di ogni singola persona. Nel 2014 rispetto al 2013 si registra una diminuzione del 5,6% della spesa per presidi per il diabete con iva al 4% e una significativa riduzione del 17,9% della spesa per i prodotti di assistenza integrativa.

- Sono state attivate le fasi propedeutiche alla verifica della fattibilità della DPC dei prodotti AFIR (valutazione dei costi, fasi interlocutorie con Federfarma), successivamente sospese in via provvisoria in seguito alla delibera aziendale 353 di recepimento della DGR 1466/2014 e conseguente definizione del disciplinare tecnico della DPC regionale

<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>  <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>7. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Obiettivo aziendale:          Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA avverrà nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi anche attraverso responsabilizzazione dei medici della S.C. CSO;</li> <li>2. Condivisione tra le Aziende dell'AVGI di protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo (farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali), con particolare riguardo all'integrazione ospedale-territorio. Definizione di almeno un percorso di appropriatezza sui farmaci ad alto costo NAO tra SSCC di Cardiologia e CCV.</li> <li>3. Implementazione da parte della S.C. CSO della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</li> <li>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): implementazione e</li> </ol>

	<p>controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90% dei movimenti informatici (concordato con Direzione). Condivisione con la Direzione Regionale Centrale di indicatori per valutare la DPC e/o verificare l'attività delle Aziende al fine di favorire l'autocontrollo.</p> <p>5. Implementazione del sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA avviene nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurarne l'appropriatezza d'uso. I farmaci sottoposti a registro AIFA sono erogati solo su prescrizione che attesti l'avvenuta registrazione e vengono costantemente monitorati, così da poter procedere alle richieste di rimborso previste. Il referente aziendale ha partecipato a tutti gli incontri finalizzati a condividere gli aggiornamenti del sistema e le criticità al fine di permettere la corretta registrazione delle erogazioni dei medicinali, condizione necessaria a consentire il recupero di quanto dovuto. Con prot. 50009 è stato richiesto il rimborso previsto dagli accordi negoziali per le confezioni erogate dall'ASS1 nell'anno 2012 come da tracciato record fornito da AIFA per i trattamenti considerati chiusi al 31/12/2012. È stato implementato sulla nuova piattaforma del registro dei farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio il dato relativo ai trattamenti cartacei non monitorati originati nel periodo di transizione dalla precedente piattaforma.</li> <li>- È stato formalizzato un PDTA sulla fibrillazione atriale non valvolare tra SC Cardiologia di AOOUTS e CCV per la gestione dei pazienti in terapia anticoagulante e specificatamente con NAO candidati a cardioversione elettrica e/o ablazione percutanea.</li> <li>- L'ASS1 ha assicurato i livelli di completezza della cartella oncologica informatizzata con un grado di completezza superiore al 95% dei pazienti. Le cartelle aperte nel 2014 sono 311 e sono complete.</li> <li>- I flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera) sono controllati da personale Dirigente farmacista entro il 10 di ogni mese e garantiscono la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90% dei movimenti informatici. L'ASS1 ha provveduto mensilmente al controllo della spesa per la DPC.</li> <li>- La mobilità farmaceutica interregionale (distribuzione diretta) è stata registrata su SIASA-File F. È stato predisposto un report sulla mobilità intraregionale, inviato al Servizio Farmaceutico regionale (prot. 51568).</li> </ul>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

## 5. OBIETTIVO RAGGIUNTO

**Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure**

## Obiettivo aziendale:

Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale

## Risultato atteso:

- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.
- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;
- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici
- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)
- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;
- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;
- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;
- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;
- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati
- Definizione di piani di miglioramento per le

	proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>ASS1 al fine di garantire livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie in tutto il territorio provinciale, in accordo con i programmi regionali anche nel 2014</p> <p>-ha adottato il documento "Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento, Linea guida Regione Friuli Venezia Giulia- con delibera del Direttore Generale n. 113 del 7.4.2014 e partecipa alla sorveglianza regionale delle lesioni da pressione. Sono in fase di adozione anche le ultime Linee guida Regionali: Indicazioni per la gestione delle infezioni da acinetobacter baumannii, Linee guida regionali per la gestione delle infezioni delle vie urinarie. Linee guida regionali per la gestione delle polmoniti batteriche</p> <p>-partecipa con propri referenti ai seguenti gruppi tecnici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzazione del patient Handbook</li> <li>- realizzazione di materiale informativo per i pazienti a rischio caduta</li> <li>- antibiotic stewardship</li> <li>- sicurezza nell'uso dei farmaci</li> <li>- polifarmacoterapia nel paziente anziano in FVG</li> </ul> <p>-ha partecipato al Framework WHO di autovalutazione e alla giornata mondiale dell'igiene delle mani</p> <p>-ha inviato due buone pratiche al sito Good Practices AGENAS (Le cadute in RSA esiti, Il case management e la presa in carico territoriale)</p> <p>Nel Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente anche per il 2014 l'ASS1 ha investito molto sulla formazione degli operatori sui temi del rischio clinico, in particolare i corsi trattano i seguenti argomenti:</p> <p>Incident reporting e RCA</p> <p>Sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci, utilizzo corretto del foglio unico di terapia</p> <p>Controllo del rischio biologico e prevenzione delle infezioni crociate</p> <p>Appropriatezza nell'uso dei disinfettanti, sterilizzazione e alta disinfezione</p> <p>Prevenzione delle resistenze batteriche, prevenzione e controllo di cluster ed epidemie</p> <p>Prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA</p> <p>Lesioni da pressione linee guida regionali e studi di prevalenza</p> <p>-E' stato trasmesso il monitoraggio degli indicatori alla Direzione Centrale Salute entro il 1.09.2014, al termine della raccolta dei dati verrà trasmesso anche il monitoraggio relativo al secondo semestre 2014</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.3.3 Accreditamento**

Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di	Risultato atteso: - prosecuzione del programma di accreditamento
---	---

accreditamento istituzionale	- redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento.
Attuazione al 31.12.2014 Criticità per cause esterne Non risultano ancora deliberati dalla Regione i requisiti di autovalutazione di interesse territoriale	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>ALLE ASS ERA RICHIESTA ANCHE LA MESSA A DISPOSIZIONE DEI PROFESSIONISTI VALUTATORI PER LE ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, ANCHE QUESTO RISULTATO, NON ESPlicitATO, È STATO RAGGIUNTO; L'OBIETTIVO SULL'AUTOVALUTAZIONE È STATO STRALCIATO.</b>

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
Obiettivo aziendale: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta	Risultato atteso: - Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento; - Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica; - Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare; - Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP; - Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012
Attuazione al 31.12.2014 - Il regolamento aziendale e le linee operative sono state riviste attraverso una FSC condivisa con AOOTS con predisposizione di nuove modalità operative/modulistica entro dicembre 2014 - La formazione per il personale di ASS1e AOOTS si è svolta attraverso 1 FSC per la predisposizione del regolamento, 2 formazioni residenziali per la conoscenza del nuovo regolamento e 2 edizioni di formazione residenziale sul sistema informatizzato SI3C per il personale amministrativo, della riabilitazione e di assistenza di AAS1 e per il referente ausili della SC Medina Riabilitativa di AOOTS.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Recepimento delle linee guida sui singoli	Risultato atteso: - Definizione delle procedure operative per

dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS	l'applicazione delle linee guida emanate - Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate; - Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate
Attuazione al 31.12.2014 Tutti gli specialisti prescrittori hanno visionato le linee guida regionali, il documento aziendale di recepimento delle branche specialistiche, ad eccezione della riabilitazione, verrà declinato nel 2015 I prescrittori della riabilitazione sono stati formati ed aggiornati sulle linee guida e sistemi informatizzati, i prescrittori delle altre branche specialistiche saranno formati nel 2015 in modo condiviso AOOTS/AAS1	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Si reputa importante predisporre un unico documento AAS1 e AOOTS di recepimento delle linee guida regionali per i prescrittori delle branche specialistiche vista l'attuazione della riforma sanitaria regionale a dicembre 2014 il documento verrà predisposto nel 2015	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>SONO STATE TRASMESSE LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) CHE DOVEVANO ESSERE IMPLEMENTATE NEL 2014</b>

<b>Linea 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Risultato atteso - Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.
Attuazione al 31.12.2014 Criticità per cause esterne Il tavolo tecnico non è stato riunito.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>
Obiettivo aziendale: Soddisfacciamento del debito informativo nei	Risultato atteso: - Predisposizione degli strumenti di raccolta dei

confronti del Ministero	dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
Attuazione al 31.12.2014 In linea. Il privato accreditato Pineta del Carso svolge direttamente l'attività nei tempi e nei modi previsti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Obiettivo aziendale: Ottimizzazione della funzionalità e monitoraggio della Rete regionale trapianti (direttiva europea 45/2010 e documento conferenza stato regione ottobre 2011).	Risultato atteso: - Mantenimento dell'orario del Centro Regionale Trapianti nei giorni feriali h 8-21; reperibilità medica consultiva regionale notturna e festiva; pronta disponibilità infermieristica nei tre centri prelievo (Udine, Trieste e Pordenone). - Applicazione dei nuovi standard di operatività dei coordinamenti locali
Attuazione al 31.12.2014 ASS1 non dispone di presidi ospedalieri.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	Risultato atteso: - Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. - Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >39%.
Attuazione al 31.12.2014 ASS1 non dispone di presidi ospedalieri	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Obiettivo aziendale: Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Risultato atteso: Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
Attuazione al 31.12.2014 ASS1 non dispone di presidi ospedalieri	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Obiettivo aziendale: Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Risultato atteso: Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto

<b>Attuazione al 31.12.2014</b>	
ASS1 non dispone di presidi ospedalieri	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>L'AZIENDA HA PARTECIPATO ALLA COMMISSIONE RENE</b>

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone con la seguente suddivisione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AV.Giu. Isontina per le neoplasie del mammella</li> <li>- AV.Udinese per le neoplasie del polmone</li> <li>- AV.Pordenonese per le neoplasie della colon retto</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.</li> <li>- Organizzare 3 eventi formativi inerenti al tema</li> <li>- Organizzare almeno 4 riunioni integrate con discussione di casi clinici e aspetti gestionali</li> <li>- Pubblicare almeno 5 lavori scientifici sul tema</li> <li>- Implementare iniziative di informazione attraverso il sito istituzionale</li> <li>- Effettuare il censimento dei bambini con bisogni complessi residenti in regione</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In linea.</p> <p>Il PDTA sul cancro della Mammella è rientrato nell'elenco delle progettualità di AV ed è coordinato dal Direttore Generale di ASS1</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Patologia cardiovascolare: avvio della rete delle emergenze cardiovascolari</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Partecipazione avvio della rete delle emergenze cardiovascolari</p>
<b>OBIETTIVO STRALCIATO con DGR 2666 del 30.12/2014</b>	

<b>Linea 1.3.3.9 Percorso nascita</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Partecipazione ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio –Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il</p>

	trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Partecipazione (Dott.ssa Sola- SCBADO F3) agli incontri convocati del Tavolo Regionale.</p> <p>Per ASS1:</p> <p>Completamento e pubblicazione del PDTA Gravidanza Fisiologica di Area Vasta.</p> <p>Completamento del percorso di accreditamento di ASS1 da parte di UNICEF Italia e riconoscimento di ASS1 "Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento" (prima comunità in regione e quarta in Italia) (report disponibile) nei giorni 27- 29/10/2014, con valutazione esterna e rispetto degli standard richiesti (7 Passi).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>ASS1 si impegna a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collabora con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche)</li> <li>- Segnalazione di tutte le nuove diagnosi</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>ASS1 non dispone di Presidi ospedalieri. Ass1 non esegue diagnosi di MR non avendo al suo interno Centri di riferimento</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<p>Obiettivo del Coordinamento regionale:</p> <p>Il Coordinamento regionale, nell'ambito della funzione di osservatorio epidemiologico sulle MR prevista dalla DGR 2228/2006, si impegna a supportare attivamente le Aziende intraprendendo ogni iniziativa utile al fine di completare la messa a regime del sistema di registrazione.</p> <p>Si impegna altresì, ad organizzare incontri formativi con gli operatori coinvolti, finalizzati all'ottimizzazione della qualità dei dati raccolti, ad attivare una sorveglianza epidemiologica delle MR a livello regionale e a produrre un report annuale sulle attività della rete.</p>	<p>Risultato atteso per il Coordinamento regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione di azioni mirate al supporto attivo alle Aziende per l'implementazione del flusso al Registro e per il raggiungimento dell'obiettivo di rientro dei casi non ancora segnalati</li> <li>- Realizzazione di incontri formativi/informativi con i professionisti coinvolti nel flusso informativo al Registro (almeno due/anno)</li> <li>- Predisposizione del report annuale sui dati del Registro regionale da rendere disponibile a tutti gli attori della Rete.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il coordinato regionale ha partecipato all'evento formativo organizzato da ASS1 in data 6</p>	

giugno 2014 avente per oggetto la conoscenza delle Linee Guida esistenti, lo stato dell'arte in merito ai registri Regionali e ruoli istituzionali in FVG e nel Veneto, condividendo e mettendo a confronto le modalità di fare diagnosi, presa in carico e continuità delle cure per i pazienti con patologie rare e carico assistenziale complesso.

Sono stati mantenuti continui rapporti con il coordinatore regionale

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON PERTINENTE</b>
--	--

<b>Linea 1.3.3.11 Diabete</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione attiva, per il tramite dei professionisti interessati, ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale.</li> </ul> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e creazione di un PDTA in ambito di transizione del giovane con diabete dalla Struttura diabetologica pediatrica del Burlo ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1.</li> <li>- Attuazione del PDTA con transizione del 100% dei giovane con diabete individuati secondo il PDTA definito.</li> </ul> <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia.</li> <li>- Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia e presa in carico dei pazienti che acconsentano da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali per un intervento educativo e di eventuale rivalutazione della terapia al fine di prevenire recidive ipoglicemiche.</li> </ul> <p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e creazione di un PDTA sul diabete gestazionale e condivisione con le strutture di ostetricia</li> <li>- Attuazione del PDTA in tutte le donne con diabete gestazionale che afferiscono ai Centri</li> </ul>

<b>Linea 1.3.3.11 Diabete</b>	
	Diabetologici Distrettuali dell'ASS1. Una volta definiti i percorsi, l'Azienda dovrà garantirne la loro pronta attuazione
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione attiva del dott. Candido al 100% degli incontri del tavolo tecnico regionale per il recepimento del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica creato nel 2014. Contribuito a livello Regionale in modo attivo: a) alla realizzazione del Documento di indirizzo Regionale per la gestione del diabete gestazionale, b) alla creazione degli indicatori regionali di qualità di cura del diabete, c) alla stesura del progetto di prevenzione "Misura la tua vita", d) agli incontri per la creazione di un documento regionale di Gestione Integrata del diabete.</li> <li>- Al 31/12/2014 è stata definito e steso il PDTA sulla transizione (che viene allegato) condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e la Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo in due incontri tenutosi il 03 aprile 2014 e l'11 novembre 2014. Iniziata nel 2014 la attuazione del PDTA con presa in carico presso i Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 del 100% dei ragazzi con diabete segnalati secondo il PDTA.</li> <li>- Al 31/12/2014 definito e redatto il PDTA per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa che viene allegato. Al 31.12.2014 presi in carico da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali il 100% dei pazienti che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa segnalati dal Sistema 118 secondo il PDTA e che hanno acconsentito alla presa in carico.</li> <li>- Al 31/12/2014 partecipazione attiva alla stesura, in ambito regionale, del "documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale", pubblicato dalla Regione FVG nel settembre 2014 (allegato). Tale protocollo è stato poi analizzato e condiviso a livello Aziendale tra i Centri diabetologici distrettuali, Struttura di ostetricia del Burlo e Ginecologi dei consultori familiari. Nel corso del 2014 sono state prese in carico secondo il nuovo protocollo il 100 % delle donne con diabete gestazionale inviate presso i Centri diabetologici distrettuali.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.12 Sanità penitenziaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasferimento dei rapporti di lavoro</li> <li>2. Trasferimento delle attrezzature, degli arredi, beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia. così come elencati da apposito inventario trasmesso dalla Regione</li> <li>3. Convenzioni con gli istituti penitenziari, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione, per usufruire dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie che vengono concessi in uso gratuito.</li> <li>4. Definizione di forme di collaborazione</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASS1 ha posto in essere tutti gli atti e provvedimenti necessari per quanto riguarda i trasferimenti del personale dal Ministero della Giustizia al servizio sanitario</li> <li>2. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali sono stati presi in carico</li> <li>3. Sono state stipulate le convenzioni per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie</li> <li>4. E' stato stipulato protocollo di intesa interistituzionale in materia di sicurezza</li> <li>5. ASS1 garantisce le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli</li> </ol>

<b>Linea 1.3.3.12 Sanità penitenziaria</b>	
relative alla sicurezza tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario	essenziali di assistenza secondo le consuetudini in atto
5. Nelle more di una definizione dettagliata dei LEA da garantirsi ai detenuti negli istituti penitenziari del FVG e delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale vengono mantenute le consuetudini in atto al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.	6. La Responsabile del S.C Assistenza Farmaceutica di ASS1 ha preso i dovuti contatti con il Dirigente sanitario dell'istituto penitenziario per l'analisi del prontuario farmaceutico.
6. Analisi dei prontuari farmaceutici e adozione di provvedimenti per garantire la continuità farmaceutica ai detenuti	7. ASS1 collabora con i propri referenti alla redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG.
7. Redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG	
Attuazione al 31.12.2014	
Obiettivo completamente raggiunto. Tutte le azioni sono state completate	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale: ASS1 recepisce nel PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli ambiti distrettuali.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel PAL vi è evidenza del recepimento degli obiettivi e delle azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali.</li> <li>- ASS1 realizza gli obiettivi previsti nel documento di programmazione integrata per il 2014.</li> <li>- ASS1 in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni provvedono al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014 L'obiettivo è stato raggiunto Il monitoraggio è stato realizzato e trasmesso alla DCSISPSF a cura degli Ambiti.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale ASS1 congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni provvedono alla predisposizione del Programma attuativo annuale da realizzare nel 2015 e al rinnovo dell'atto di intesa.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Entro ottobre 2014, ASS1 e SSC provvedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'eventuale aggiornamento delle Schede obiettivi di integrazione sociosanitaria 2013-2015;</li> <li>- alla trasmissione del PAA 2015 alla DCSISPS per il parere di congruità.</li> </ul> <p>Entro dicembre 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASS1 e SSC riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali.</li> <li>- Il Direttore generale e il Presidente dell'Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali rinnovano l'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2015 e trasmettono alla DCSISPS i documenti di programmazione integrata locale 2015 approvati in via definitiva unitamente all'atto di intesa.</li> </ul>
<b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666 DEL 30/12/2014</b>	
<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p><u>Area Vasta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizzo a regime in area vasta di 10 posti letto</li> </ul>

<p>a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA</p>	<p>dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano operativo per l'attivazione e utilizzazione a regime di ulteriori 10 posti letto di SUAP in Area vasta</li> </ul> <p><u>ASS1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutti i pazienti nel percorso GCA sono valutati con le schede di valutazione della fase degli esiti</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>E' stata utilizzata la struttura Pineta del Carso con 10 posti letto dedicati nella residenza gravi disabilità per il ricovero nella fase degli esiti di persone con GCA .</p> <p>Tutti i pazienti che entrano nella rete per GCA sono stati valutati con le schede della fase degli esiti. Inoltre ogni mese vengono valutati tutti i pazienti ricoverati presso la residenza gravi disabilità, Nella valutazione mensile sono presenti la responsabile del reparto gravi disabilità della casa di cura Pineta del Carso, la referente spoke T del percorso GCA per ASS1 e la referente riabilitazione aziendale di ASS1. Le persone ricoverate sono valutate con le scale di valutazione Disability Ratyng Scale, Danno Secondario, Funzioni Vitali il totale della somma dei punteggi delle valutazioni evidenzia il peso assistenziale ma anche se ci sono dei cambiamenti clinici-funzionali-assistenziali che possono indicare una modifica tale per cui si può prevedere un percorso diverso da approfondire in EMH/UVM. In sede sono presenti le valutazioni mensili fatte su ogni singolo paziente</p>	
<p><b>Valutazione DCSISSPSF</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>Linea 1.3.4.3: Salute mentale</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale e di Area Vasta :</p> <p>Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di area vasta per i servizi afferenti all'area degli adulti e dell'età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Valutazione dell'appropriatezza dell'invio nelle case di cura convenzionate delle persone dimesse con il DRG 430 nel periodo 2009 – 2013.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'analisi dei flussi amministrativi è stata fatta. Non è stato possibile procedere alla valutazione dell'appropriatezza dell'invio. Le banche dati verticali sono state rese anonime per cui non è possibile identificare il paziente e valutare con il medico inviante i motivi dell'invio nelle case di cura convenzionate fuori regione in particolare nel caso di tardo adolescenti e giovani adulti che sono presumibilmente all'esordio di un disturbo psichico grave se dimessi con il DRG 430.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>L'applicazione delle norme sul diritto alla privacy nella banche dati verticali ha reso di fatto impossibile procedere alla verifica dell'appropriatezza dell'invio. Ciò è grave in particolare per i giovani all'esordio per i quali l'intervento precoce è centrale per una prognosi migliore.</p>	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>LE INFORMAZIONI SUL PAZIENTE SONO DESUMIBILI:</b> -DAI FLUSSI DELLA FUGA EXTRA REGIONALE REGOLARMENTE INVIATI ALLE AZIENDE DALLA DIREZIONE SALUTE; -DALLA DOCUMENTAZIONE UTILIZZATA NEL PERCORSO AUTORIZZATIVO AZIENDALE PER L'INVIO DIRETTO PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE.
Obiettivo aziendale: Consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consulteri, MMG, PLS, per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/recovery)	Risultato atteso: – Evidenza di valutazioni integrate nella fascia d'età 15 – 25 nei nuovi casi del 2014. – Distribuzione delle brochure ai MMG – PLS ed alle scuole. – Sito attivato.
Attuazione al 31.12.2014 Le valutazioni integrate nella fascia d'età 15 – 25 nei nuovi casi del 2014 segnalati con esordio o stati mentali a rischio ha coinvolto 15 giovani di entrambi i generi. Il protocollo di collaborazione tra i diversi servizi è stato rivalutato e firmato il 15 dicembre 2014. Le due brochure sono state diffuse. I contenuti sono presenti nel sito <a href="http://www.contatto.me">www.contatto.me</a> che non è stato ancora aperto al pubblico per cui l'accesso avviene per adesso tramite password personale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Consolidamento dei programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento	Risultato atteso: Per mantenere i risultati raggiunti sono attivati progetti terapeutico riabilitativi personalizzati sostenuti dalle risorse del Budget Individuale di Salute.
Attuazione al 31.12.2014 Nel corso del 2014 sono stati attivati 4 progetti terapeutico riabilitativi personalizzati sostenuti dalle risorse del Budget Individuale di Salute come misura alternativa all'OPG: – 3 persone in contatto con i CSM (2 con il CSM Maddalena ed 1 con il CSM Gambini), – 1 persona residente in Toscana, inviata a Castiglione delle Stiviere dopo un gesto aggressivo, e per la quale è stato avviato un programma di reinserimento sociale che ha permesso il rientro presso il proprio domicilio di Trieste con il supporto del CSM Barcola.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>RETE Disturbi del Comportamento Alimentare</b>	
Obiettivo aziendale: Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del	Risultato atteso: Trasmissione alla DCSISSPS entro il 31 dicembre 2014 degli accordi formalizzati ed eventualmente

Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)	aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e il Dipartimento di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano.
Attuazione al 31.12.2014 Nel corso del 2014 si è tenuto 5° Corso di Formazione sul campo promossa dall' Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine e dedicato a "Lavoro a rete DCA adulti e DCA infanzia ed adolescenza. Percorso integrato di cura per la fascia di confine 16 – 18 anni". Il percorso è esitato nella pubblicazione di un report regionale in cui si identificano gli ambulatori – servizi di 2° livello (alcuni contemplano anche il 1° ed il 3° livello). La regione FVG ha rinunciato all'attivazione del centro regionale specializzato presso la struttura di San Vito al Tagliamento ed ha preferito percorrere la strada, meno costosa, della convenzione con il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso (DCAP) di Portogruaro.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso La riforma dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere ha di fatto sospeso l'attività relativa agli accordi di Area Vasta ma ciò nonostante è proseguito il lavoro di consolidamento della rete regionale di risposta ai DCA.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.4. Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale: - Garantire l'accesso a soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti, per l'informazione e l'orientamento verso servizi di possibile presa in carico. - Collaborare con la Direzione regionale competente per rispondere agli obiettivi previsti dal progetto nazionale GAP.	Risultato atteso: - ASS1 tramite il DDD offre uno "sportello" a cui il cittadino può rivolgersi per informazioni competenti. - ASS1 ha individuato un referente per le attività in materia di gioco d'azzardo patologico. - Entro il 31.12.2014 produzione report e invio alla Direzione
Attuazione al 31.12.2014 1. a far tempo dal 1 febbraio 2014 si è implementato un punto informativo e di prima accoglienza per giocatori e familiari, aperto da lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 12.00; 2. si è individuato quale referente per le attività in materia di GAP il dr. Alessandro Vegliach (incarico professionale); 3. si sono resi disponibili i dati relativi al 2014 sui percorsi di cura con presa in carico multiprofessionale integrata sia a livello individuale che di gruppo rivolta sia ai giocatori che ai familiari (progetti personalizzati, gruppi terapeutici e di sostegno per giocatori e familiari).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p>Obiettivo Aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</li> <li>- Partecipazione al processo di accreditamento fra pari delle comunità terapeutiche.</li> <li>- Confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi.</li> <li>- Monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive.</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione, nell'ambito dell' Osservatorio sulle Dipendenze, di linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi</li> <li>- Evidenza della partecipazione al processo di accreditamento. (Almeno un rappresentante per servizio per le dipendenze presente nell'équipe valutativa)</li> <li>- Evidenza del monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive (con produzione di dati aggregati divisi per servizio sulla diffusione dell'uso)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ha partecipato ai gruppi di lavoro del tavolo dell' Osservatorio sulle Dipendenze che ha predisposto le linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi;</li> <li>-ha partecipato con due rappresentanti (Alessandro Vegliach e Cristina Stanic) al processo di accreditamento fra pari delle Comunità Terapeutiche;</li> <li>-Il monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive è materia del report annuale predisposto dall'osservatorio Regionale al quale il DDD partecipa con i propri dati resi disponibile nell'applicativo regionale informatico MFP5.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### **Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronic-degenerative: continuità assistenziale**

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presa in carico di almeno l'80% dei nuovi casi secondo il PDTA che ha rivisto l'assetto logistico, funzionale e la gamma delle attività messe in atto dall'Unità di Valutazione Alzheimer per le persone con deterioramento cognitivo/demenza.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In linea.</p> <p>Per tutti i pz che hanno richiesto una visita presso UVD è stato seguito il PDTA</p>	
<b>Valutazione DCSISSPSF</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'attività nefrologica è svolta da AOOTS, anche quella relativa alla dialisi peritoneale</p>	

Motivazioni scostamento dal risultato atteso L'obiettivo è di competenza ospedaliera. ASS1 ha avviato solo nel 2015 le attività	
<b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666 DEL 30/12/2014</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione della Rete di presa in carico nel settore delle demenze	Partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione della rete regionale sulle demenze coordinato dalla programmazione regionale con il coinvolgimento delle aree sanitaria, dell'integrazione sociosanitaria, del settore farmaceutico e di vari professionisti messi a disposizione dalle aziende e adeguamento dei servizi assistenziali al nuovo modello organizzativo
<b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666 DEL 30/12/2014</b>	

<b>Linea 1.3.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate</b>	
Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso: - Individuazione dei referenti distrettuali per il progetto SmartCare. Indicatore: delibera di costituzione dei gruppi ed avvio delle attività del gruppo - Realizzazione del progetto secondo tempi e modalità previste
Attuazione al 31.12.2014 Al 31/12/2014 sono stati raggiunti gli obiettivi definiti per il Progetto Smartcare. In particolare: - Sono stati individuati i referenti distrettuali dei 20 distretti regionali (ottobre 2014) - E' stato preparato ed approvato dalla DCS il protocollo Smartcare (ottobre 2014) - Nei mesi di settembre ed ottobre sono stati completati i test sulla piattaforma e sui device da utilizzare - Da novembre è iniziato l'arruolamento degli utenti. Al 31/12 gli utenti arruolati erano 53 (50 braccio long-term, 3 braccio short-term) - Non è stato possibile approvare la delibera entro il 31/12/2014 L'attività è stata avviata	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso La bozza di delibera è stata inviata per approvazione ai Direttori Generali di tutte le aziende regionali alla fine del 2014 ma gli avvicendamenti in corso di molti di loro e le attività preparatorie in vista dell'avvio della riforma sanitaria regionale hanno impedito di ricevere un rapido ed informato feed back e di finalizzare la delibera entro il 31/12.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

**Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata**

<p>Obiettivo aziendale: Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISSR</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1) Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi dei pazienti con PAI/PRI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie.</p> <p>2) Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi domiciliari distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p> <p>3) Monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCS.</p> <p>3a) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della diagnosi (con PAI si) è &gt;90% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della diagnosi (con PAI si) è &gt;75%</p> <p>3b) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della Valgraf (con PAI si) è &gt;70% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della Valgraf (con PAI si) è &gt;50%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Codifica con ICD9-CM pari al 98,35%</p> <p>valutazione ValGraf pari al 96,20%</p> <p>Il monitoraggio si è svolto con regolarità e intensificato nel secondo semestre in contesto di audit aziendale</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

**Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti**

<p>Obiettivo aziendale: 1) Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti:</p>	<p>Risultato atteso: Collaborazione nella formulazione di una proposta di nuova classificazione delle residenze per anziani presenti sul territorio aziendale da sottoporre al parere della Conferenza dei sindaci.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>ASS1 ha prestato la massima collaborazione richiesta sul tema.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È STATO DATO AVVIO AL PROCESSO DI</b></p>

	<b>RICLASSIFICAZIONE</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>2) Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali funzionanti</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Per ogni domanda di autorizzazione pervenuta, evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di ispezione presso il servizio,</li> <li>- Rilascio di atto autorizzativo ovvero comunicato al richiedente i motivi ostativi all'accoglimento della domanda.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>E' pervenuta alla Direzione Generale Aziendale l'autorizzazione da parte della Direzione Centrale della Salute all'ampliamento di ulteriori 5 posti per il centro semiresidenziale già attivo in Casa Emmaus. Tale autorizzazione è pervenuta in data 19/11/2014 con protoc. N.0020048/P-/. Non comporta oneri per ASS1 e in data 19/12/2014 è stata programmata una visita da parte della commissione distrettuale nominata dal Responsabile del distretto 3</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica e approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati negli anni precedenti;</li> <li>- Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita;</li> <li>- Monitoraggio del requisito (con relativi criteri e standard) scelto nei PAL 2013 ed attivazione di un percorso di promozione della qualità in almeno 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del territorio aziendale;</li> <li>- Predisposizione di una relazione illustrativa dell'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Distretto 1</p> <p>In merito al monitoraggio dolore nella residenza Stuparich si sono eseguiti 9 monitoraggi, mensili nel primo semestre dell'anno e bimestrali nel secondo semestre.</p> <p>Distretto 2</p> <p>Nella struttura ASP ITIS il percorso si è articolato in tre momenti:</p> <p>Aprile 2014 prima fase con illustrazione e valutazione dei "Requisiti di monitoraggio delle strutture residenziali per anziani..." (Manuale Audit Fvg versione 2012) e individuazione delle criticità con relativa stesura dei piani di miglioramento.</p> <p>Giugno 2014: seconda fase, verifica dei risultati raggiunti. (documentazione viene conservata in forma cartacea ed informatizzata).</p> <p>Novembre 2014: terza fase, verifica dei risultati ottenuti dai piani di miglioramento e redatta relazione conclusiva.</p> <p>Distretto 3</p>	

Nella struttura Ubaldini, in continuità con l'anno precedente è costantemente monitorato il requisito dolore. Ad oggi per ciascun ospite alla data 14/12/2014 è presente la scheda di monitoraggio aggiornata all'ingresso, ogniqualvolta si verifici una variazione delle condizioni di salute dell'utente oppure in ogni caso quando viene aggiornata la Valgraf. Si utilizza di norma la scala NRS tranne nei casi di deterioramento cognitivo per i quali si utilizza la Doloplus 2 (Attualmente in uso 30 doloplus2 su 72 ospiti).

Si è voluto inoltre promuovere un corso rivolto agli operatori delle strutture protette Emmaus e Ubaldini in ottemperanza al manuale per il miglioramento della qualità all'interno delle strutture residenziali dal titolo "

"la gestione dell'anziano diabetico ospite nelle strutture protette: implementazione delle competenze degli operatori al servizio degli assistiti" centrato in particolare sull'alimentazione dell'ospite delle strutture e che è nato da una collaborazione tra Centro Diabetologico Distrettuale personale del DIP e della S.S. Anziani e Residenze nella figura del coordinatore. (realizzato il 6/6/2014 e 17/09/2014 in Ubaldini e 25/06/2014 e 10/09/2014 in Casa Emmaus)

Distretto 4

Al fine di uniformare gli audit alle due strutture per anziani del Comune di Trieste convenzionate (Bartoli e Gregoretti) con l'ASS1 si è deciso di applicare lo stesso processo ad entrambe. Bartoli: definito il gruppo di audit, in data 6/3/2014 si è svolta la prima visita utilizzando la check list regionale. In data 27/11/2014 il gruppo ha eseguito la seconda verifica audit, valutando i processi di miglioramento e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Gregoretti: il gruppo di lavoro è partito dalle criticità emerse nell'audit precedente e al 12/11/2014 ha eseguito un ulteriore audit al fine di verificare la conformità dei singoli item individuati dalla check list regionale.

In merito al monitoraggio dolore nella residenza Gregoretti si sono eseguiti 6 monitoraggi, residenza Bartoli si sono eseguiti 6 monitoraggi; residenza San Domenico, dopo un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori della struttura si sono eseguiti 4 monitoraggi.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>4) Sistemi informativi:</p> <p>Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza delle proprie verifiche e delle eventuali sollecitazioni circa l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In tutte le strutture convenzionate sono state attivate le verifiche periodiche e attivate le eventuali sollecitazioni per l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA</p> <p>Distretto 1</p> <p>Il monitoraggio con successivo sollecito documentato è stato effettuato nei mesi di gennaio, aprile, giugno, agosto e novembre 2014, in tutte le strutture convenzionate afferenti al Distretto 1.</p> <p>Distretto 2</p>	

Effettuato il monitoraggio a cadenza mensile in tutte le strutture convenzionate afferenti al Distretto 2.

Inviata trimestralmente (gennaio; marzo; giugno, settembre; dicembre) lettere protocollate alle varie strutture con eventuali sollecitazioni per l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA. (stilato report conclusivo)

Distretto 3

Il monitoraggio a cadenza mensile è stato eseguito in tutte le tre strutture convenzionate:

- struttura protetta Comunale di Muggia
- struttura protetta Casa Emmaus
- polifunzionale di Fascia A Residenza Carducci

Nello specifico sono state inviate 4 solleciti (prot 39273/GEN V3b; 42010/GEN V3 b, 48370 GEN V3.b ;5705 /GEN V 3 b) alla cdr Ubaldini con lettera protocollata e 1 lettera di sollecito alla Residenza Polifunzionale Carducci sempre con lettera protocollata (57072 GEN V 3 b) e firmata dal Responsabile di Struttura

Distretto 4

il monitoraggio a cadenza mensile è stato eseguito in tutte le tre strutture convenzionate:

- casa di riposo Bartoli
- casa di riposo Gregoretti
- struttura protetta San Domenico

E' stato necessario inviare un unico sollecito nel mese di gennaio (prot 3382-V3b DD 23 01/2014), successivamente tutte le verifiche hanno dimostrato una corretta gestione ed inserimento dati relativi alla Val.graf

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: 5) Convenzione Adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione.	Risultato atteso: Entro il 31/12/2014, tutte le convenzioni tra ASS1 e strutture residenziali per anziani sono aggiornate sulla base dello schema tipo regionale.
Attuazione al 31.12.2014 Si rimane in attesa dello schema tipo regionale	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Obiettivo aziendale: 6) Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.	<b>NON È STATO ADOTTATO LO SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE</b>  Risultato atteso: Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.

Viene eseguita la valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG per ogni persona segnalata  
Attuazione al 31.12.2014

Distretto 1

Sono state segnalate nei tempi previsti e quindi valutate 80 persone entrate in struttura o in polifunzionali di fascia A per le quali è stata fatta regolarmente la Valgraf pre ingresso, raggiungendo il 100% dei casi segnalati nei tempi previsti.

Distretto 2

sono state effettuate 137 valutazioni preingresso nelle strutture convenzionate che coincidono con il 100% dei casi segnalati nei tempi previsti.

Distretto 3

Sono state segnalate nei tempi previsti e quindi valutate 58 persone entrate in struttura o in polifunzionali di fascia A per le quali è stata fatta regolarmente la Valgraf pre ingresso, raggiungendo il 100% dei casi segnalati nei tempi previsti.

Distretto 4

Complessivamente sono state fatte 247 valutazioni preingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate, raggiungendo il 100% dei casi segnalati nei tempi previsti.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate**

<p>Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultati attesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per tutti gli affidamenti c'è l'evidenza che è stata valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati</li> <li>2. Per tutte le procedure di gara di servizi che non risultino unificabili ed i relativi importi che siano sotto soglia comunitaria, vi è evidenza che è stato attuato, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dall'art. 5 della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006</li> </ol> <p>In tutti gli affidamenti "sopra soglia comunitaria" dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, vengono utilizzate le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la possibilità di accesso alla gara solo per le ditte che si impegnino a realizzare il 30% di inserimenti lavorativi sul totale della forza lavoro complessivamente impiegata nel servizio;</li> <li>un punteggio per la valutazione dei progetti</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Al fine di favorire l'inserimento lavorativo, in qualunque forma, di soggetti svantaggiati in carico</li> </ol>
--	--

	ai servizi sanitari della ASS1 e compatibilmente alla capienza del bilancio 2014, si valutano e promuovono possibili interventi a sostegno di cooperative sociali di tipo B vincolati alla efficacia di inserimenti lavorativi dei soggetti citati.
Attuazione al 31.12.2014	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per tutte le tipologie di servizi elencati è stata valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per soggetti svantaggiati, salvo casi residuali dettati dalla tipologia del servizio</li> <li>- Tutte le tipologie di gara relative all'affidamento di servizi tramite dsc hanno contemplato la creazione di opportunità lavorative per soggetti svantaggiati. per il resto si è provveduto ad affidamenti tramite l.r. 20/2006 salvo casi residuali dettati dalla tipologia del servizio</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### **Linea 1.3.4.10 Programma di superamento ospedali psichiatrici giudiziari**

Obiettivo aziendale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG.</li> <li>- Presa in carico da parte dei CSM competenti delle persone attualmente presenti in OPG ed elaborazione del progetto terapeutico individuale e realizzazione di azioni adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale.</li> </ul>	Risultato atteso: Report di monitoraggio per ASS1 100% delle persone internate prese in carico con progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente.
Attuazione al 31.12.2014	
<p>Negli OPG non vi sono persone internate residenti a Trieste.</p> <p>Su richiesta della rete familiare, per una persona - residente in Toscana ed inviata a Castiglione delle Stiviere dopo un gesto aggressivo - è stato avviato un programma di reinserimento sociale che ha permesso il rientro presso il domicilio di Trieste e la presa in carico da parte del CSM competente con la definizione del progetto terapeutico individuale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Avvio delle procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie da dedicare all'accoglienza delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e CCC (a trasferimento avvenuto delle risorse statali di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67).	Risultato atteso: Le procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie in questione sono state avviate (previa assegnazione del finanziamento statale alla Regione FVG e ripartito alle rispettive ASS)
<b>Attuazione al 31.12.2014</b>	
La Giunta Regionale ha approvato con la delibera 744 del 17 aprile 2014 il "Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari in cui	

si definiscono obiettivi che si possono così riassumere:

- realizzazione di misure idonee al superamento degli OPG perseguendo la continuità con il modello culturale e organizzativo di riferimento regionale in tema di politiche per la salute mentale;
- ristrutturazione e adeguamento di tre edifici sanitari esistenti da destinare ai percorsi terapeutico riabilitativi delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG, in una logica di rete dei servizi, e per complessivi 10 p.l.

Le scelte progettuali specifiche tengono conto di molteplici aspetti di carattere organizzativo e gestionale, su cui è stato avviato un confronto anche con la Magistratura di Sorveglianza e la Prefettura territorialmente competente.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>I FINANZIAMENTI STATALI SONO ARRIVATI NEL 2015</b>
--	--

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% 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	1.390,3	1.390,3	100%
2010	1.475,0	1.475,0	1.475,0	100%
2011	660,5	579,0	581,0	88%
2012	800,0	479,0	550,0	69%
2013	500,0	89,0	158,0	32%
2014	1.050,0	-	327,0	31%

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	-	-	-	463,0	463,0	86,0
2007	414,0	414,0	98,1	-	-	-
2008	261,0	261,0	54,5	153,0	153,0	28,0

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
Arredi per sedi ristrutturate (DDD, CSM Aurisina)	varie	2011	100,0	20,0	aviato	aviato
Ambulanza	118	2014	110,0		-	-
Automezzi	diverse	2014	230,0		-	-

(importi espressi in migliaia di euro)

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DI INVESTIMENTO EDILI-IMPIANTISTICI

	Piano 2010		Piano 2011		Piano 2012	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	7.425,1	%	819,0	%	2.311,7	%
Progettazione in corso	3.145,0	42,4%	271,0	33,1%	1.246,2	53,9%
Progettazione conclusa	1.302,0	17,5%		0,0%	935,5	40,5%
Cantieri in corso	900,0	12,1%	116,0	14,2%		0,0%
Opera conclusa	2.078,0	28,0%	432,0	52,7%	130,0	5,6%
<b>Totale</b>	<b>7.425,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>819,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.311,7</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2013		Piano 2014	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	2.208,5	%	223,6	%
Progettazione in corso	2.208,5	100,0%	223,6	100,0%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%
Cantieri in corso		0,0%		0,0%
Opera conclusa		0,0%		0,0%
<b>Totale</b>	<b>2.208,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>223,6</b>	<b>100,0%</b>

(importi espressi in migliaia di euro)

## | AZIENDA PER I SERVIZI SANIATRI N.2 "ISONTINA"

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro <u>31/07/2014</u> redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>- Anatomia patologica di area vasta</li> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> <li>- Farmacie ospedaliere e territoriali</li> <li>- PDTA integrati</li> <li>- Consumo farmaci</li> </ul> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Con nota ASS1 prot. n. 31007 dd. 30.06.14 è stato inviato il documento "Progettualità Area Vasta Giuliana Isontina 2014" nel quale sono state declinate le progettualità relative ai temi individuati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>2. Anatomia Patologica di area vasta</li> <li>3. Servizio di radiologia su h 24 di area vasta (con ipotesi di lavoro allegata)</li> <li>4. Farmacie ospedaliere e territoriali</li> <li>5. PDTA integrati</li> <li>6. Consumo di farmaci</li> </ol> <p>Nel corso del 2014, nonostante la promulgazione della Legge Regionale n. 17 dd 16.10.14 di riordino del SSR e l'adozione della DGR n. 2673 dd 30.12.2014, alcune progettualità compatibili con la riforma sono state avviate. Altre hanno subito un arresto in previsione di una sostanziale riorganizzazione che prevedeva la ridefinizione dei territori dei nuovi Enti del SSR.</p> <p>In particolare per quanto riguarda il Laboratorio di patologia clinica, l'Anatomia Patologia e la radiologia h 24, i progetti riorganizzativi si sono interrotti. Per quanto riguarda le Farmacie è stata proposta la nuova organizzazione delle Aziende di area vasta.</p> <p>Relativamente al tema dei PDTA sono stati costituiti i gruppi di lavoro di area vasta, è stata realizzata la formazione e sono stati realizzati e pubblicati i PDTA su :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma mammario</li> <li>• Scenpenso cardiaco</li> <li>• Frattura di femore</li> <li>• Artroprotesi d'anca</li> <li>• BPCO</li> <li>• Mesotelioma pleurico</li> </ul>	

- Gravidanza fisiologica
- Ictus

I PDTA sono stati presentati in una conferenza stampa dd 10.12.2014 e sono pubblicati sul sito internet dell'ASS1.

Rispetto al tema del consumo di farmaci la Farmacia aziendale ha partecipato tutti i gruppi di lavoro convocati dalla Azienda capofila. Ha provveduto a mettere in atto tutte le misure di monitoraggio condivise in area vasta sul tema del consumo di farmaci in ambito ospedaliero, con invio dei report su antibiotici e relative resistenze.

E' stata avviata e condivisa a livello aziendale una proposta di preparazione centralizzata degli antiblastici che la direzione ha deciso di tenere sospesa alla luce della riforma sanitaria.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**a) OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**b) OBIETTIVO STRALCIATO (A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR)**

### **Linea 1.1.1.2Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012**

Obiettivo aziendale

Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi

Risultato atteso

Le Aziende entro **31/3/2014** dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.

Attuazione al 31.12.14

Con nota prot. n. 9766 dd 25.03.2014 sono stati trasmesse formalmente in DCS le progettualità inerenti la riorganizzazione aziendale in applicazione agli standard del decreto Balduzzi:

- Punto Nascita aziendale
- Dipartimento chirurgico
- Area di Emergenza
- Riabilitazione

Le proposte riorganizzative sono state precedentemente presentate e discusse alla DCS, a seguito dell'incontro sono state realizzate tutte le riorganizzazioni strutturali e gestionali condivise, con realizzazione di un punto nascita unico aziendale, organizzazione della Week Surgery nei due presidi ospedalieri, potenziamento OBI nei due PS con sospensione della guardia attiva internistica e dei ricoveri notturni in Medicina, riorganizzazione della attività di riabilitazione aziendale.

A seguito della riorganizzazione tutte le attività sono state monitorate nel tempo ai fini della verifica della validità dei nuovi assetti organizzativi. (Vedi nota ASS2 prot. n. 9766 dd. 25.03.2014).

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.1.2 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

<b>Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria</b>	
Obiettivo aziendale Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione integrata delle malattie croniche, della continuità assistenziale	Risultato atteso Redazione del Piano dell'Assistenza Primaria e trasmissione alla DCSISSPS entro giugno 2014
Attuazione al 31.12.14 In data 27.06 2014 è stato trasmesso in DCS con nota n. 20240 la proposta del Piano dell'Assistenza Primaria, che è stato valutato congruo nei contenuti e coerente con gli indirizzi programmatori regionali, e quindi approvato dalla DCS. (Vedi nota ASS2 prot. n. 20240 dd. 27.06.2014)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi</b>	
Obiettivo aziendale <u>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</u>	Risultato atteso <u>-Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</u> <u>- Nuovi progetti gestionali amministrativi</u> <u>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014</u> <u>b) Entro il 31/12/2014 attuazione del piano</u>
Attuazione al 31.12.14 L'attività è bloccata: Alla pianificazione delle attività si è provveduto contestualmente alla progettualità di AVGI - linee dedicate (nota 9883ASS1 dd. 28.2.2014). Alcune tra le suddette linee sono state sospese per le motivazioni di cui alla nota ASS1 Prot. n. 19149/GEN.I.1.A dd. 22.4.2014. In particolare con la predetta nota si prendeva atto delle indicazioni ricevute dalla DRS in sede di incontro dd. 1.4.2014 che prevedevano la sospensione dei termini di cui agli Accordi tra Aziende da cui conseguissero ricadute di tipo organizzativo e gestionale, in vista dell'approvazione della LR di riforma del SSR. Visti i contenuti della proposta di riforma dell'assetto istituzionale che prevede l'accorpamento di ASS2 (Area Vasta Giuliano –Isontina) con ASS5 (Area Vasta Udinese) a decorrere dall'1.1.2015, la progettazione di percorsi di sinergia con AOUTS e ASS1, appare superata di fatto.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale <u>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</u>	Risultato atteso <u>Offerta complessiva AV con eliminazione doppioni in un'ottica sovraaziendale</u>
Attuazione al 31.12.2014 Si veda documento di AV inviato in data 30/06/2014 con nota ASS1 Prot. 31007/GEN.I.1.A. E' stato realizzato un Piano Formativo di area vasta per il 2015.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: -G2 Clinico >80% del totale dei referti -Laboratorio e microbiologia > 80% del totale dei referti -Medicina trasfusionale > 80 % del totale dei referti -Anatomia patologica > 95 % del totale dei referti Radiologia > 80% del totale dei referti
Attuazione al 31.12.14 Obiettivo raggiunto parzialmente. Laboratorio Analisi 100% Medicina Trasfusionale 100% CUVB 100% Anatomia Patologica 100% Radiologia Gorizia 98% Radiologia Monfalcone 100% Solo per il G2 Clinico non si raggiunge lo standard ma la performance risulta in miglioramento. Complessivamente la firma digitale viene utilizzata in misura superiore al 70%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF
Attuazione al 31.12.2014 I dati sono stati inseriti entro le scadenze stabilite dal Ministero (DM 5 dicembre 2006)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Risultato atteso Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
Attuazione al 31.12.2014 La completezza dei campi supera la soglia del 95% stabilita dalla DCS.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso 1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20.
Attuazione al 31.12.2014 Prosegue l'attività di raccolta del consenso al trattamento dei dati. Sono stati raccolti 86.048 consensi. Quanto al recepimento di cui all'art. 20 del DLGS n. 96/2003, al Regolamento approvato dalla Regione con DGR n. 0146/Pres. dd. 12.05.2006, con il quale ha provveduto ad individuare tutti i tipi di dati sensibili e giudiziari che possono essere utilizzati e le operazioni che possono essere necessariamente svolte dalle Aziende Sanitarie per perseguire le finalità di rilevante interesse pubblico di competenza già individuate dalla legge, non ha fatto seguito un nuovo atto regolamentare da parte della stessa. Pertanto non è stato possibile alcun recepimento in difetto della modifica/adozione da parte della Regione di un nuovo regolamento ex art. 20.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso Attivazione entro la fine del 2014
Attuazione al 31.12.2014	

Il modulo è già utilizzato in tutte le strutture.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di Insiel	Risultato atteso Gli esami sono disponibili nel repository regionale
Attuazione al 31.12.2014 Gli esami ecocardiografici sono registrati nel PACS e consultabili da visore.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia	Risultato atteso Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.
Attuazione al 31.12.2014 L'attività è bloccata: in data 11.9.2014 si è tenuta una riunione in cui il DSC ha presentato la proposta di estensione dei sistemi PACS aziendali verso il settore della diagnostica ecografia in ostetricia e ginecologia. Sono state fornite le indicazioni richieste dal DSC relative agli ecografi. Non ci sono state ulteriori indicazioni da parte del DSC.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>L'ESTENSIONE DEL SISTEMA PACS ALLA DIAGNOSTICA ECOGRAFICA OSTETRICO/GINECOLOGICA È SLITTATA AL 2015</b>
Obiettivo aziendale Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale	Risultato atteso Le aziende collaborano con il DSC alla: - mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG. - verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG. - valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come

	<p>insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</p> <p>- individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'attività è bloccata: non ci sono state richieste di collaborazione da parte del DSC.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b></p>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1 Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014 I tempi di attesa garantiti dalla Azienda ASS2 nel Piano di Contenimento dei tempi di attesa per l'Area Vasta Giuliano Isontina 2014 sono stati sempre rispettati almeno in una sede di erogazione nei limiti previsti dalle indicazioni regionali per la valutazione (entro il 2% di mancato rispetto).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
Attuazione al 31.12.2014 Obiettivo parzialmente raggiunto. I volumi di attività non sono stati rispettati per Visita cardiologica e Visita fisiatrica, ma i tempi di attesa le suddette prestazioni sono stati raggiunti.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso: la domanda di prestazioni ambulatoriali è in diminuzione, tale trend è evidente già da alcuni anni. Il tasso di prestazioni specialistiche per residente si attesta ormai stabilmente sotto alle 4 pro capite.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31.12.2014 Verificata la diffusione della documentazione nei punti di erogazione delle prestazioni. Non sono emersi elementi di novità tali da dover aggiornare le informative già disponibili.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di	Risultato atteso Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 (+ 5%).

ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono i continuità con i risultati storicizzati.	
Attuazione al 31.12.2014 E' stato effettuato il monitoraggio relativo al 2014 che evidenzia una % cumulativa del 5,8% del rapporto ALPI/istituzionale, in continuità con il valore del 2013 (5,6%).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	Risultato atteso Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014 I monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI sono stati effettuati e trasmessi nei tempi e con le modalità previste.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
Attuazione al 31.12.2014 Adeguate ai nuovi criteri di priorità e disponibili nei tempi previsti le agende di prenotazione di: Visita Gastroenterologica Endoscopia Digestiva Visita Dermatologica Visita ORL Visita Ortopedica Visita Urologica Visita Oculistica	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali</b>	
Obiettivo aziendale Attuazione del programma vaccinale, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso l'azione dei pediatri e mmg in collaborazione con gli altri stakeholders	Risultato atteso Coperture vaccinali come da tabella indicatori LEA varicella: 50%
Attuazione al 31.12.2014 Risultato non raggiunto. Nonostante la realizzazione di 2 incontri con i PLS e l'invio agli stessi dei nominativi dei bambini non vaccinati. Copertura varicella nella coorte di nascita 2012: 38%. Coperture vaccinali : vedi tabella indicatori LEA	
Motivazioni: Rifiuto alle vaccinazioni da parte di una crescente percentuale di genitori.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>PER LA SOLA PARTE RELATIVA ALLE VACCINAZIONI LEA IL DATO È IN LINEA CON QUANTO GENERALMENTE RILEVATO SU BASE NAZIONALE OVERTO IL PEGGIORAMENTO COMPLESSIVO DEI TASSI DI COPERTURA VACCINALE, COME RILEVATE ANCHE NEL RESTO DELLA REGIONE</b>
Obiettivo aziendale Mantenere la rilevazione attiva degli eventi avversi alle vaccinazioni	Risultato atteso Report sugli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella
Attuazione al 31.12.2014 Report sugli eventi avversi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• schede completamente negative: n. 95</li> <li>• schede con indicazione di comparsa di febbre o altri sintomi sistemici generali (rush cutaneo, vescicole, prurito, ecc.): n.63</li> <li>• schede con indicazione solo di reazione locale estesa (maggiore di 5 cm): n.12</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili "La prevenzione va a scuola"	Risultato atteso Evidenza di iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi prima infanzia
Attuazione al 31.12.2014 Il documento "La prevenzione va a scuola" è stato inviato alle Direzioni Scolastiche degli istituti comprensivi con scuole di grado primario. Il documento è stato inserito nel sito internet aziendale per consentire una maggiore diffusione dei contenuti. E' stata effettuata la consegna del documento alle singole scuole materne e alle scuole di grado	

primario con consegna diretta da parte del personale sanitario della SOC in modo da assicurare la conoscenza da parte del personale docente di tutte scuole delle indicazioni regionali in materia di controllo e prevenzione delle malattie infettive nelle comunità scolastiche.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Incremento delle segnalazioni di malattie infettive correlate al test da parte dei Dipartimenti Dipendenze ai Dipartimenti di Prevenzione (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Partecipazione alle due riunioni tecniche organizzate a livello regionale per definire le procedure. Il monitoraggio dell'utenza, grazie allo sviluppo del progetto P.I.T., ha permesso di evidenziare, nell'utenza afferente alla SOC, quattro nuove sier conversionsi per l'HCV; nessuna per l'HBV e per l'HIV. Le segnalazioni poi sono avvenute come da prassi.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzazione dei programmi di screening</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Vedi tabella indicatori LEA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inviti al programma di screening della cervice uterina: <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Copertura del programma di screening della cervice uterina: <math>\geq 50\%</math></li> <li>- Copertura del programma di screening della mammella: <math>\geq 60\%</math></li> <li>- Copertura del programma di screening del colon retto: <math>\geq 50\%</math></li> <li>- Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella: <math>90\%</math></li> <li>- Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto: Corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening: <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Migliorare le performance dei programmi organizzati di screening: misura del tempo di attesa tra l'esito del Fobt e la Colonscopia: <math>\geq 90\%</math></li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Risultato parzialmente raggiunto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inviti al programma di screening cervice <math>100\%</math></li> <li>- Copertura del programma di screening cervice <math>54,2\%</math></li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copertura programma screening mammella 68,5%</li> <li>- Copertura programma screening colon retto 57,5%</li> <li>- Qualità secondo livello screening mammella 89,5%</li> <li>- Corretta ed esaustiva compilazione cartella endoscopica Gorizia: 95,6% e 91,7%</li> <li>- Corretta ed esaustiva compilazione cartella endoscopica Monfalcone: 99,3% e 95,6%</li> <li>- Misura del tempo di attesa tra l'esito del Fobt e Colonscopia Gorizia: 66,9%</li> <li>- Misura del tempo di attesa tra l'esito del Fobt e Colonscopia Monfalcone: 69,6%</li> </ul>	
Motivazione: sono in atto attività riorganizzative per migliorare la performance del tempo di attesa tra Fobt e colonscopia	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Per le aziende con l'unità senologica Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Risultato atteso Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
Attuazione al 31.12.2014 Risultato parzialmente raggiunto. Percentuale early recall con esito di secondo livello sospeso 11,7%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni</b>	
Obiettivo aziendale Organizzazione di un corso regionale in merito alle modalità di intervento ispettivo da parte del personale con qualifica di UPG	Risultato atteso Presentazione di una proposta regionale condivisa tra tutti Direttori Dipartimento di Prevenzione per un unico corso formativo per tutto il personale UPG afferente ai Dip prevenzione che preveda anche il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con i fondi di cui all'art. 15 c. 6 D.Lgs 81/08.
Attuazione al 31.12.2014 Il programma del corso formativo per UPG è stato predisposto e attende la condivisione dei direttori DP nella prossima riunione di coordinamento. La fase realizzativa è prevista per il I° trimestre 2015.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo</b>	
Obiettivo aziendale Iniziative di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego	Risultato atteso - Formazione sul campo - anche interaziendale - del personale dei Dipartimento Prevenzione che effettuerà le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo

fitosanitari	<p>Sprint (da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione, di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, a partire dalla selezione/identificazione delle macchine d'interesse, da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole, finalizzata a rendere omogenei gli interventi ispettivi su tutto il territorio regionale. La lista sarà resa disponibile ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento</li> <li>- Realizzazione di ispezioni in 90 aziende agricole visitate complessivamente in regione per macchine e fitosanitari, suddivise secondo il peso del comparto agricolo nei singoli territori (il dato verrà fornito entro febbraio dal gruppo regionale agricoltura coordinato dal SPSAL ASS 5).</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>E' stata svolta l'attività di formazione eseguita con corso specifico in collaborazione con gruppo Sprint -UNI-UD tenutasi nel maggio 2014. Sono stati formati 4 operatori del servizio.</p> <p>E' stata definita, in collaborazione con INAIL, Gruppo Sprint e ASS regionali, una lista per le attività di controllo, con approvazione del Gruppo Regionale Agricoltura.</p> <p>E' proseguita, come prevista da calendario, l'attività di vigilanza delle aziende agricole segnalate dal gruppo regionale, in regime congiunto con gli operatori del SIAN del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>E' stato effettuato il controllo su 9 ditte. Di tali ditte, tutte sono state verificate per i fitosanitari e 6 per la sicurezza delle macchine agricole.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione nel comparto edile</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (proponendo anche indicazioni in merito alla semplificazione). La check list dovrà essere resa trasparente ai sensi art 25 L- 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento.</li> <li>- Partecipazione di tutti i SPSAL ad incontro regionale organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza da</li> </ul>

	svolgersi anche direttamente nei cantieri con riferimento all'art. 10 D.Lgs. 81/08
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il personale della SOC PSAL ha partecipato periodicamente agli incontri del Gruppo Regionale Edilizia. In tale ambito è stata prodotta una check list operativa, in merito alla tenuta della documentazione di catire, da utilizzare nelle attività di vigilanza.</p> <p>Inoltre operatori della Struttura hanno partecipato attivamente ad un incontro regionale (26.06.2014), organizzato dal gruppo regionale edilizia, coordinato dall'ASS5, con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore, ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza da svolgersi anche direttamente nei cantieri, con riferimento all'art. 10 D.Lgs. 81/08.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Progetti nazionali</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Potenziamento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL), denominati:</p> <p>1) INFORMO (infortuni gravi e mortali)</p> <p>2) MALPROF</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Inserimento nel programma INFORMO dei casi trattati a partire da quelli rientranti nella casistica indicata nella nota esplicativa - e comunque almeno 60 - d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO coordinato dall'ASS 6 Friuli occidentale tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio di dati disponibili. 2)</p> <p>2. Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>A seguito delle indicazioni del Gruppo regionale i casi da inserire nel Programma INFORMO conformi a quanto previsto, calcolati su base statistica dall'indice infortunistico negli ultimi tre anni relativi alla SOC PSAL erano 9. L'inserimento nel Programma di quanto richiesto è stato rispettato.</p> <p>Nel corso dell'anno sono pervenute al Servizio 312 nuove segnalazioni di malattie professionali. Di tali segnalazioni sono stati trattati e conclusi 274 casi. Delle 274 pratiche evase, 91 non rispondevano ai requisiti previsti dal Programma MAL.PROF. (trasferite ad altra sede o senza nesso di causa). In definitiva, 183 casi rispondevano ai requisiti previsti, come da obiettivo. Nel Programma MAL.PROF. sono stati inseriti 141 casi, raggiungendo così la quota del 75% prevista dallo studio.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Amianto</b>	

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rilancio attività ex esposti ad amianto</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.</li> <li>- Formazione dei medici competenti relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08. Al corso, organizzato dal CRUA, dovranno partecipare tutti i SPSAL</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Tutti i pazienti affetti da mesotelioma sono stati segnalati alla SOC PSAL. Successivamente, dopo compilazione del questionario ReNaM, tutti i casi sono stati inviati al COR .</p> <p>In data 21.05.2014 si è tenuto un corso formativo per i medici competenti, con la partecipazione dello SPSAL e del medico competente aziendale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) (per la sola ASS2 Isontina)</b>	
<p>Obiettivo CRUA</p> <p>Presentazione di un progetto inerente i diversi aspetti</p>	<p>Risultato atteso CRUA</p> <p>Presentazione di un progetto che tratti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La sorveglianza sanitaria</li> <li>- L'informazione alla popolazione sui rischi e le patologie connesse all'esposizione all'amianto, e sulle modalità di bonifica (ivi comprese le richieste di intervento)</li> <li>- Informazione ai medici ospedalieri e ai medici di MMG per la corretta segnalazione dei casi sospetti</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Tutte le visite dell'ambulatorio di sorveglianza sanitaria sono state eseguite entro 30 giorni dalla prenotazione al CUP. E' stato attivato accesso diretto all'ambulatorio CRUA per i pazienti ricoverati nel presidio ospedaliero aziendale (Gorizia-Monfalcone) con diagnosi certa di malattia amianto correlata.</p> <p>E' stato redatto un documento informativo posto sul sito internet aziendale nella pagina dei Servizi – Dipartimento di Prevenzione – CRUA relativo ai seguenti aspetti: riconoscimento malattie professionali, iscrizione nel registro regionale ex esposti, formulazione.</p> <p>I documenti relativi agli accertamenti sanitari, esenzione ticket e domanda per sopralluoghi sugli interventi di bonifica amianto sono stati pubblicati sul sito internet aziendale. Sul sito è anche presente anche il documento sui rischi da amianto. E' stato redatto il documento su patologie amianto correlate.</p>	

<p>I documenti sono stati presentati alle associazioni ex esposti all'amianto presenti in regione. In data 30 ottobre si è tenuto il corso per i MMG organizzato assieme ai capi distretto. L'informativa per i medici ospedalieri è stata redatta e consegnata al Direttore sanitario.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie professionali osteoarticolari</b>	
<p>Obiettivo aziendale Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori</p>	<p>Risultato atteso Organizzazione di un corso regionale in collaborazione con l'INAIL con la partecipazione di tutti i SPSAL ed organizzato dall'ASS 6 anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014 In data 10.11.2014 si è svolto, presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASS4, un corso regionale in collaborazione con l'INAIL e gli SPSAL, organizzato da ASS6, al quale hanno partecipato numerosi operatori dello SPSAL aziendale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Conoscenza del territorio e delle specificità</b>	
<p>Obiettivo aziendale Conoscenza delle specificità territoriali sulla cui base impostare progetti di prevenzione coordinati tra le diverse AA.SS.SS.</p>	<p>Risultato atteso Produzione di un documento che a partire dai dati dei nuovi flussi informativi su aziende, dipendenti, infortuni e malattie professionali, individui specificità e criticità tali da poter pianificare degli interventi coordinati a livello interaziendale o regionale su specifici comparti e/o settori produttivi</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014 A seguito dei lavori del Gruppo regionale, sono stati analizzati i dati derivanti dai flussi informativi INAIL. Da tali dati si sono ricavati dei risultati che evidenziano la peculiarità del territorio Isontino rispetto al resto della regione. E' emerso chiaramente che ancora oggi la principale criticità del nostro territorio è legata alle malattie professionali amianto correlate. In particolare si è potuto constatare che, mentre nelle altre ASS della regione più della metà delle malattie professionali riconosciute dall'INAIL negli ultimi anni riguardano le patologie dell'apparato muscolo scheletrico, nel territorio dell'ASS2 quasi il 60% delle patologie riconosciute è inerente a pregressa esposizione all'amianto. Ancora oggi le lavorazioni svolte in passato presso il Cantiere navale di Monfalcone hanno una forte rilevanza sull'incidenza delle malattie professionali. Questo vale anche per il numero di infortuni sul lavoro: circa il 30% di quelli pervenuti nel corso del 2014 (30 su 99) si sono verificati nelle lavorazioni svolte all'interno del Cantiere navale, che risulta il luogo con maggior numero di eventi.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>DATI ESTRAPOLATI DA DOCUMENTO REGIONALE PRODOTTO DA GRUPPO DI LAVORO PARTECIPATO DA ASS2</b>

<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Da gennaio a dicembre sono stati organizzati 6 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.1; 2.04; 24.06; 5.08; 8.10; 9.12; 2014).</p> <p>A seguito delle riunioni sono state approvate su modello excel le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Ridefinizione ambiti UOPSAL e CRUA</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>gestione in autonomia delle attività istituzionali previste per la UOPSAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilanza in materia d'igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro</li> <li>- Attività d'informazione e assistenza in materia d'igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro</li> <li>- Amianto:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) esame piani di lavoro (ex art. 256 D.Lgs. 81/08) presentati dalle ditte di bonifica;</li> <li>2) valutazione dello stato di degrado delle coperture in eternit (indice VERSAR) richiesto dai Comuni per l'ottenimento dei finanziamenti per le rimozioni;</li> <li>3) campionamenti assenza residui per bonifiche di cantieri contenenti amianto;</li> </ol> </li> <li>- Deroga per l'utilizzo di locali di lavoro con altezza inferiore ai 3 metri (all. IV D. Lgs. 81/08)</li> <li>- Deroga ex art. 65 D. Lgs. 81/08 per l'utilizzo di locali di lavoro in sotterraneo;</li> <li>- <u>Valutazione della notifica di nuovi insediamenti produttivi ex art. 67 D. Lgs. 81/08</u></li> <li>- Attività sanitaria:</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <p>gestione in piena autonomia delle risorse in termini di personale e di strutture al fine di perseguire gli obiettivi indicati.</p>

<p>1) Ricorsi avverso il giudizio del medico competente da parte del lavoratore e/o del datore di lavoro ex art. 41 D.Lgs. 81/08 e succ. modifiche da parte del Lavoratore;</p> <p>2) Supporto specialistico per eventuali denunce di malattia professionale;</p> <p>3) Tutela delle lavoratrici madri;</p> <p>- Indagini per infortuni sul lavoro e per malattie professionali;</p> <p>- Registrazione degli esposti a cancerogeni;</p> <p>- <u>Promozione della cultura della sicurezza</u></p>	
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il personale della SOC SPSAL ha svolto, in piena autonomia, tutte le attività istituzionalmente previste.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilanza in materia di igiene e sicurezza: eseguiti 620 sopralluoghi in 436 ditte</li> <li>• Informazione e assistenza in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro: effettuate 180 ore di formazione</li> <li>• Amianto: valutati e analizzati 456 piani di lavoro per bonifica amianto</li> <li>• Pareri NIP, Deroga per l'utilizzo di locali di lavoro con altezza inferiore ai 3 metri, e deroga per l'utilizzo di locali sotterranei: 35 pareri</li> <li>• Ricorsi avverso il giudizio del medico competente da parte del lavoratore e/o del datore di lavoro: 13</li> <li>• Supporto specialistico per denunce di malattie professionali: 60 casi circa</li> <li>• Indagini per infortuni sul lavoro: infortuni chiusi nell'anno 138</li> <li>• Indagini per malattie professionali: malattie professionali chiuse nell'anno 274.</li> </ul>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

**Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'allattamento al seno</li> <li>- diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza della attuazione dei programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65 % dei vaccinati (rif. SIASI).</li> <li>- Alimentazione nei servizi prima infanzia (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>- Ristorazione collettiva nelle scuole primarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>- Distribuzione automatica nelle scuole secondarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> </ul>
---	--

<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Allattamento al seno: alla dimissione sono state inserite 600 schede su 622 neonati, alla seconda vaccinazione sono state inserite 768 schede su 832 vaccinazioni.</p> <p>Alimentazione nei servizi della prima infanzia: Il ricettario è stato redatto dal SIAN coinvolgendo le cuoche e gli educatori; è stata verificata la sua applicazione nel 63% delle scuole materne; realizzati tre incontri per promuovere le Linee Guida, coinvolgendo educatori, addetti alla ristorazione e genitori.</p> <p>Ristorazione collettiva nelle scuole primarie: Il ricettario è stato redatto dal SIAN coinvolgendo le cuoche e gli educatori; è stata verificata la sua applicazione nel 57% delle scuole primarie.</p> <p>Distribuzione automatica nelle scuole secondarie: Rilevate le abitudini nel consumo di alimenti tramite distributore automatico in tre Istituti tramite la somministrazione di 188 questionari, verificando gli alimenti presenti nei distributori e coinvolgendo in tali azioni gli studenti</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti e degli stakeholders coinvolti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Continuità e cooperazione-promozione iniziative con associazioni: Diabete ( Nordic Walking , yoga, maratone, etc); Obesità ( Diamo peso al benessere); Cuore Amico, Andos, Evidenza di percorsi presenti nella Provincia di Gorizia: piste ciclabili, sentieri e circuiti; iniziative delle palestre sulla logica delle palestre etiche; Gruppi di Cammino promossi dai Comuni ( Città Sane).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione nell'attività formative sulla Prevenzione incidenti domestici orientate al target anziani e bambini</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza delle azioni informative/formative svolte e degli stakeholders coinvolti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Partecipato a due incontri sull'analisi dei dati raccolti, collaborato nella pianificazione delle azioni specifiche di miglioramento stabilite a livello regionale sulla base della stesura PRP 2014-2018.</p> <p>Realizzata analisi report regionale sul fenomeno fratture di femore e diffuso in sessione plenaria nell'incontro della giornata della qualità.</p> <p>Coordinato il gruppo di lavoro regionale per la stesura dépliant "informazioni utili" per la prevenzione della caduta accidentale sia in ambito domestico che di struttura da diffondere a tutti i pazienti a rischio. Tale dépliant illustrativo verrà distribuito in forma sperimentale nel corso del 2015 attraverso il sistema G2 regionale.</p> <p>Partecipato all'incontro regionale con gli stakeholders del 31/10/2014 e presentato il progetto.</p> <p>Proseguito il monitoraggio avvelenamenti-ustioni fascia 0-4 line in collaborazione con la pediatria e rinforzo informativo nei settori-filtro aziendali (consultorio, punto nascita, punto vaccinale)</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute 1 Contrasto all'abuso di alcol: 2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo 3 Promozione dell'attività motoria	1 Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati 2 - Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione) - Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi) 3 Azioni a sostegno di piedibus o iniziative analoghe
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p><u>Contrasto all'abuso di alcol:</u> Progetto "Overnight": il progetto si è concluso con gli eventi/manifestazioni di "fine anno". Si sono consolidate le iniziative con i gestori dei "locali di divertimento giovanile" coinvolti lo scorso anno e, come previsto, è stato aggiunto in queste attività un terzo locale: il "Corner". Progetto "Ulisse": 1) Conclusione Rapporto di ricerca "Ulisse scuole". 2) Presentazione ufficiale del Rapporto "Ulisse scuole" (Presenti: Comune di Monfalcone, Dirigenti scolastici, Insegnanti referenti alla salute, Componenti gruppo Tecnico e Componenti gruppo istituzionale. All'incontro ha presenziato il supervisore scientifico del progetto Prof. Claudio Baraldi (Università di Modena e Reggio-Emilia). Monfalcone, 11 dicembre 2014. 3) Due riunioni con i responsabili del personale e delle pubbliche relazioni e la sicurezza di Fincantieri per concordare il calendario di incontri e le strategie per la somministrazione del questionario ai lavoratori italiani. 4) Continuazione dell'attività di somministrazione dei questionari (6 incontri con lavoratori italiani e contatti telefonici con le aziende dell'indotto). 5) Realizzazione di due focus con gruppi di stranieri. 6) Imputazione dati survey (150 questionari) e inizio analisi dati. 7) Riunioni di verifica del lavoro con il referente aziendale del progetto Ulisse (dott. Segatori). 8) Implementazione informazioni sul sito <a href="http://www.progettoulisse.it">www.progettoulisse.it</a> 9) Azioni di informazione e rendicontazione nei confronti del gruppo tecnico e del gruppo istituzionale. Il progetto terminerà nel 2015. Avviato il corso di sensibilizzazione nei confronti dei dipendenti aziendali, il referente della Alcologia vi ha partecipato come docente.</p> <p><u>Contrasto al tabagismo e all'esposizione al fumo passivo:</u> Ambulatorio anti-tabagico: prosegue l'attività sia sul versante clinico/terapeutico che "formativo" (scuole). Il Referente dell'Ambulatorio continua a partecipare agli incontri del Tavolo Regionale "Lotta al Tabagismo" assieme alla referente infermieristica. Progetto "Verso un'Azienda libera dal fumo": è proseguita l'attività iniziata nel 2013; nello specifico è stato reso pubblico (01.07.2014) sul sito aziendale il "regolamento aziendale anti-fumo" deliberato a fine 2013; nel giornale aziendale è stato recentemente pubblicato un articolo sulle attività del nostro Centro Anti-fumo e sul regolamento di cui sopra. Sono stati attivati i corsi per accertatori ai quali hanno partecipato operatori del Dipartimento delle Dipendenze e del SPPGA in funzione di docenti. E' stata predisposta la cartellonistica per il divieto di fumo e sono stati individuati i nominativi degli accertatori per il divieto di fumo.</p> <p>Sono stati inseriti nel documento di offerta formativa scolastica 2013 2014, progetti dedicati a</p>	

sostanze legali e illegali. Le numerose richieste pervenute sono state portate a termine in una logica di rielaborazione per l'anno 2014 2015. Presentazione ufficiale : 8 ottobre 2014 presso la Fondazione Carigo, invitate tutte le scuole di ogni ordine e grado della Provincia.

Azioni a sostegno di "pedibus" o iniziative analoghe: prosegue il progetto Guadagnare Salute in Adolescenza-linea alimentazione e attività fisica ( vedi sito [www.inadolescenza.it](http://www.inadolescenza.it)). Ricognizione con i Comuni per la rilevazione di iniziative dedicate all'attività fisica, tramite FedersanitàANCI. Numerosi incontri con assessore allo sport della provincia per iniziative sinergiche dedicate alla sensibilizzazione della popolazione. Integrazione delle iniziative rivolte agli allenatori sportivi e alle scuole ( Progetto della provincia Educare con lo sport). Collaborazione con il percorso attivato dal Comune di Monfalcone dedicato all'attività fisica per tutti a partire dai Gruppi di Cammino. Continuità progetto Stili di vita e wellness rivolto ad operatori e cittadini. In fase di analisi i risultati del questionario somministrato ai partecipanti .

Strategie Life skills: offerta formativa a tutte le scuole, base di riferimento OMS per stili di vita sani in senso complessivo (elaborato documento offerta 2014-2015 con presentazione ufficiale il giorno 8 ottobre 2014 presso la Fondazione Carigo, invitate tutte le scuole di ogni ordine e grado della Provincia).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Invecchiamento attivo: Realizzazione di attività/progetti in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'intergenerazionalità</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza dell' effettuazione di interventi</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Effettuata ricognizione con i Comuni per la rilevazione di iniziative dedicate all'attività fisica, tramite FedersanitàANCI, disponibile report sulle attività presenti in Provincia di Gorizia a favore delle persone over 65 anni. Incontro con FedersanitàAnci, Presidente Auser, UISP e assessore Comune Monfalcone (vedi Protocollo ). Collaborazione con il percorso attivato dal Comune di Monfalcone dedicato all'attività fisica per tutti a partire dai Gruppi di Cammino. Interventi-promozione di counselling breve a cura dei sanitari (ospedale, territorio, ICA, IET, MMG, PLS, associazioni) attraverso la fornitura da parte dello staff di promozione della Salute di strumenti di facile consultazione (health literacy): in bozza il dépliant con il contributo degli esperti di patologia e con le indicazioni sulla pratica consigliata per la diffusione nei siti comunali e delle associazioni. Disponibile tabella risultati preliminari, finalizzata alla mappatura di percorsi che facilitino l'informazione tramite associazioni e MMG. Mappatura presidenti Auser nei Comuni della Provincia di Gorizia ( vedi protocollo regionale Auser- Invecchiamento attivo). Collaborazione in corso con Provincia e Comuni (assessorato allo sport): proposta di collaborazione per integrare i flussi di informazione al cittadino.</p> <p>DBI: Si è sviluppato in ogni sede IET l'attività di promozione dei corretti stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione, abolizione del fumo di sigaretta, ecc.) in occasione del counselling e del primo contatto di ogni cittadino presentatosi all'ambulatorio.</p> <p>Presso la sede IET di S. Canzian d'Isonzo, in collaborazione con l'Infermiera assegnata, al Responsabile infermieristico del Distretto e la figura di una dietista, nelle giornate di 13 e 15 ottobre è stata promossa l'iniziativa "Hai a cuore il tuo cuore?" Nelle sei ore dedicate nelle due</p>	

giornate, su appuntamento sono stati intervistati sulle loro abitudini alimentari 10 cittadini ed in base a quel dato hanno ricevuto informazioni sulla corretta alimentazione.

Il 19 novembre si è svolta la giornata della prevenzione cardiovascolare Al responsabile infermieristico del distretto all'infermiera dell'equipe territoriale si sono aggiunte la Coordinatrice della Cardiologia e un Cardiologo che hanno interagito sui temi della prevenzione, dell'evoluzione delle malattie cardiache e sull'aderenza al regime terapeutico una diecina di cittadini.

DAI: Nel comune di Romans concordato con amministratori comunali e MMG operanti sul territorio ed avviata insieme con dietiste attività promozionali relativamente a corretta alimentazione e stili di vita sani.

In accordo con Amministrazione si è deciso di organizzare per la prossima primavera l'avvio delle passeggiate per le quali sono già stati definiti i percorsi con volontariato e predisposto dépliant informativo.

In collaborazione con Dietiste ASS si è quindi sviluppato e organizzato un progetto dedicato ai cittadini che, autonomamente o su invito del medico di medicina generale o cardiologo, desiderano ricevere una valutazione generale sul loro stile alimentare e suggerimenti per una dieta che protegga il cuore.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Sezione aggiornata con materiale delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimenti di salute Mentale, Consultori, Neuropsichiatria Infantile, ecc..) pertinente i temi trattati dal portale <a href="http://www.giovani.fvg.it">www.giovani.fvg.it</a></p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Fornite tutte le informazioni richieste dall'Area Welfare, in particolare: Ambulatorio gioco d'azzardo, Consultorio, cura alcolismo, dipendenze, progetti nelle scuole, progetto "whats'up" sul benessere giovanile.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### **Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno sui 4 temi di guadagnare salute (con diffusione dei risultati in azienda)</li> <li>- Effettuazione delle rilevazioni Okkio e HBSC e <u>Obesità in Gravidanza</u> come da indicazioni regionali</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzato il numero di interviste previsto dalla programmazione annuale per PASSI</li> <li>2. La rilevazione OKKIO è stata realizzata (misure antropometriche, questionari a scuola, genitori e bambini, inserimento e invio dati) secondo il programma regionale previsto per il 2014.</li> </ol>	

<p>3. Effettuati gli incontri con le scuole come da indicazioni regionali per HBSC</p> <p>4. Individuato un Referente Ospedaliero (Ref Ost R. Giornelli), partecipato all'incontro tenutosi il 5 settembre sul progetto "Sorveglianza del sovrappeso e dell'obesità in gravidanza" ; partecipato all'incontro regionale dell'11/11/2014; a fine novembre è stata attivato dal sistema informativo aziendale la maschera nel G2 per la rilevazione dei dati (alla ecografia della 12 settimana). È stata data divulgazione sulla rilevazione dei dati ai servizi e agli operatori coinvolti. Il 1 dicembre come concordato dai referenti regionali, è iniziato l'inserimento dei dati nel G2.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MANCA EVIDENZA PRODUZIONE E DIFFUSIONE DI UN REPORT AZIENDALE SUI 4 TEMPI DI GUADAGNARE SALUTE (CON DIFFUSIONE DEI RISULTATI IN AZIENDA). NON EVIDENZA DEL DOCUMENTO SUL SITO AZIENDALE</b></p>
<p><b>Conoscere per innovare</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Costruzione di un indice di iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Monitoraggio al 31/12/2014 Indice basato sulla lettura a 5 livelli (Manuale HPH)</p> <p>Politica dell'organizzazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Revisione dei Comitati Locali HPH e dei sottogruppi monotematici per la gestione delle linee di lavoro ( ultimo aggiornamento dicembre 2014);</li> <li>2) Percorso di integrazione delle linee di programmazione aziendale : la governance si basa sul radicamento delle azioni di promozione della Salute nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura dei Servizi aziendali.</li> <li>3) coordinamento dei programmi attivati attraverso i gruppi trasversali maggiormente coinvolti nella gestione della patologia cronica</li> </ol> <p>Valutazione del bisogno di salute:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Analisi e implementazione di strumenti per l'autovalutazione del bisogno di salute di servizi e operatori ( elaborate schede sulla resilienza coerenti con gli standard psico emozionali sul benessere);</li> <li>2) Analisi dati Okkio, HBSC e PASSI per i cittadini. I dati andranno integrati con il bisogno collettivo emergente dai dati dell'analisi Bersaglio.</li> <li>3) Necessità di uniformare l'analisi del bisogno individuale dei pazienti attraverso le procedure degli standard 2 del Manuale HPH;</li> </ol> <p>Informazione e intervento nei diversi contesti e in base ai diversi target:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) offerta stili di vita per operatori ( tramite counselling del medico competente e percorsi di formazione collegata al rischio sul posto di lavoro stress correlato);</li> <li>2) offerta stili di vita per cittadini (programmi rivolti alle scuole 2014-2015; programmi</li> </ol>	

<p>radiofonici; articoli sui giornali locali; programma "stili di vita e wellness" con la gestione diretta di iniziative ad alto gradimento ;</p> <p>3) Bozza depliant a cura dei servizi ospedalieri e delle associazioni di riferimento con la collaborazione del Comune di Gorizia per l'empowerment e la health literacy dei cittadini in caso di malattia cronica secondo la logica del progetto Medusa dell'ISS ( patologia cardiovascolare, diabete, oncologia);</p> <p>4) Avvio percorsi di programmazione comune per l'attività fisica dedicata alle persone over 65 con il Comune di Monfalcone e Auser</p> <p>5) Gestione sito rete regionale HPH;</p> <p>6) Aggiornamento del sito aziendale;</p> <p>Promozione di un posto di lavoro sano:</p> <p>1) Realizzazione di una procedura in grado di promuovere l'autovalutazione dei servizi e la capacità di fare piani di miglioramento mirati sulla promozione del benessere organizzativo</p> <p>2) Collegamento con la strategia del SPPGA sulla valutazione del rischio stress lavoro correlato</p> <p>3) Raccolta dei piani di miglioramento più significativi in slides disponibili su richiesta;</p> <p>4) Report</p> <p>5) Pubblicazione documenti su sito aziendale sezione -Amministrazione Trasparente – Benessere Organizzativo</p> <p>Continuità e cooperazione:</p> <p>1.contatto con associazioni di volontariato e comune per attività di comunicazione;</p> <p>2.Collaborazione con Provincia per la gestione dell'offerta formativa alle scuole;</p> <p>3.Collaborazione alla stesura del PRP 2014-2018- Incarico sulla Linea Benessere Giovani;</p> <p>4.collaborazione con Polisportiva 2001 per la gestione del progetto Stili di vita e wellness</p> <p>5.Protocollo di collaborazione con CONI e MIUR</p>
---

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b>	
<p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</p>	<p>Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Sono state effettuate 9 attività di controllo ufficiale nella categoria della ristorazione collettiva assistenziale, alcune di queste in collaborazione con l'area nutrizionale.</p> <p>L'attività di sorveglianza congiunta sicurezza alimentare, nutrizione e qualità del servizio come previsto dall'indirizzo regionale per quest'anno a scopo pilota e con l'utilizzo della check list realizzata ed approvata a livello Regionale come strumento di lavoro, è esitata in tre interventi in case di riposo:</p> <p>1-Casa di riposo Corradini Ronchi dei Legionari: (agli atti check list e questionario di rilevazione igienico sanitaria)</p> <p>2-Casa di riposo Rosa mistica Cormons: qualche criticità nella gestione delle procedure di rotazione degli alimenti, buona la conduzione igienica e assistenziale, qualche carenza nel</p>	

dietetico (agli atti check list e questionario di rilevazione igienico sanitaria);

3-Casa di riposo San Salvatore Gradisca d'Isonzo: (agli atti check list e questionario di rilevazione igienico sanitaria).

Gli altri interventi, realizzati allo scopo della verifica degli aspetti legati all'igiene e alla sicurezza alimentare, sono stati i seguenti:

Casa di riposo Casa Alloggio 2000 a Monfalcone;

Casa di riposo Casa Serena a Grado (congiunto non in termini temporali ma per il fatto che è stata eseguito la sorveglianza nutrizionale e la formazione nutrizionale del personale);

Casa di riposo Sacra Famiglia a Gorizia;

Casa di riposo centro Alzheimer a S. Canzian d'Isonzo;

Casa di riposo Contessa Beretta a Farra d'Isonzo;

Comunità Arcobaleno a Gorizia.

Come nel caso dei controlli eseguiti nella categoria della ristorazione scolastica, le relazioni consolidate nel tempo e la sorveglianza periodica, hanno permesso di ridurre notevolmente le non conformità ai requisiti normativi e hanno aumentato la consapevolezza degli operatori del settore verso le buone pratiche.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Monitoraggio della applicazione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione dell'autocontrollo.</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 con la stesura di un documento finale di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese</li> <li>- Indicare il n. di interventi di controllo programmati per il 2014 – a conclusione della prima fase - da parte dei Servizi Veterinari e SIAN.</li> </ul> <p>Stesura di un report finale al fine della validazione del progetto</p>

Attuazione al 31.12.2014

Il risultato è parzialmente raggiunto.

E' stata realizzata una edizione di corso formativo rivolto ai tecnici della prevenzione e altre figure professionali del SIAN e della sanità veterinaria delle 6 ASS regionali; in tale occasione gli operatori sono stati addestrati all'applicazione del manuale semplificato di buone pratiche d'igiene, alla redazione dei report. Nelle imprese aderenti è stata conclusa la prima fase operativa con redazione dei report e campionamenti.

Nel mese di luglio 2014 si è realizzata la formazione del personale delle unità operative dei Dipartimenti di prevenzione coinvolte nel progetto (SIAN e servizi veterinari).

Nel 2014 si è operativamente conclusa la prima fase del progetto, vale a dire la formazione dei consulenti senior e junior con verifica finale di apprendimento, nonché l'attività di questi nelle imprese alimentari aderenti al progetto, con sopralluogo e campionamento.

E' stata redatta una relazione di valutazione della prima fase, che è stata presentata nel mese di dicembre 2014 ai responsabili SIAN e veterinari; la seconda fase non è ancora avviata per problematiche in via di risoluzione, legate al pagamento dei consulenti da parte di Unioncamere FVG. Conseguentemente, considerato che gli interventi di controllo da parte dei servizi

dipartimentali ha l'obiettivo di verificare l'efficacia del modello sperimentale (cioè, perlomeno il non peggioramento rispetto all'utilizzo della metodologia HACCP), si è deciso come gruppo di lavoro regionale di realizzare tale intervento di controllo una volta realizzata da parte dei consulenti la fase 2, consistente in una nuova ispezione con campionamento; tale scelta si fonda sul principio di realizzare un controllo di risultato, che può avvenire solo a termine dell'intervento da verificare, cioè la seconda fase. A tale principio si è derogato esclusivamente per alcune situazioni specifiche, quali le imprese alimentari a carattere stagionale (poli turistici) e per le imprese alimentari insediate in aree marginali, quali quelle montane, al fine di verificare alcuni requisiti di partenza.

la relazione finale sarà prodotta a termine della sperimentazione, d'intesa tra gruppo regionale incaricato e responsabili aziendali dei SIAN e dei servizi veterinari.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2013</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><i>Per le attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione ogni ASS deve indicare nel proprio PAL il n.ro di interventi programmati per il 2014 che costituiranno il risultato atteso aziendale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2014</li> <li>- il n. audit per settore programmati per il 2014</li> <li>- n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati</li> <li>- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.</li> <li>- 100% degli interventi ispettivi per settore</li> <li>- 100% di audit per settore</li> <li>- 100% dei campionamenti ufficiali di alimenti</li> <li>- 100% di valutazioni del rischio;</li> </ul> <p>Come da indicazioni PQSA.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Realizzati n. 766 controlli ufficiali di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 446 (pari al 100%) nel settore delle imprese alimentari, di cui 420 controlli sono congiunti SOC SPV e SOC IAN;</li> <li>• n. 320 (pari al 100%) nel settore della sanità animale e dei mangimi.</li> </ul> <p>Sono stati inoltre effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 5 (pari al 100%) audit su imprese soggette a controllo ufficiale da parte della SOCIAN</li> <li>• n. 16 (pari al 100%) audit su imprese soggette a controllo ufficiale da parte della SOCSPV</li> <li>• n. 184 (pari al 100%) controlli ufficiali mediante campionamento di alimenti;</li> <li>• n. 78 valutazioni di rischio sulle NIA.</li> </ul>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuazione del terzo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Stesura di una relazione finale di verifica su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- miele</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>L'attività è bloccata.</p> <p>Nessuna domanda è pervenuta da imprese alimentari di piccoli quantitativi di miele e di carni suine/avicole nel corso del 2014.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuazione degli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione dei TdP ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive (formazione, eventualmente anche con corso interaziendale, da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08).</li> <li>- Visite ispettive nel 30% delle rivendite presenti nel territorio aziendale secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013).</li> <li>- Visite ispettive a livello interdipartimentale (tra servizi igiene e SPSAL) in 90 aziende agricole complessivamente: la suddivisione delle aziende sarà definita in base al peso che il comparto assume in ciascuna azienda sanitaria.</li> <li>- Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute, secondo le indicazioni ministeriali</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 30.06.14</p> <p>Nei giorni 9-10-11-12 giugno è stato realizzato il corso di formazione (due edizioni con due giornate per singola edizione) rivolto ai tecnici della prevenzione e altre figure professionali dei SIAN e degli PSAL delle 6 ASS della regione.</p> <p>Sono state realizzate n. 7 ispezioni nelle rivendite e 9 ispezioni in aziende agricole in intesa operativa con i SPSAL. E' stato prodotto il report per la DCS.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità</li> <li>- <u>Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Eeguire i controlli previsti dal Piano Regionale</u></li> <li>- <u>Mantenere l'attività di farmacovigilanza previste, con particolare riferimento alla vaccinazione contro il Morbo di Aujeszky</u></li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N. 3 aziende da riproduzione controllate (100% delle aziende controllabili) con 210 campioni di sangue prelevati ( 1 azienda in vuoto di stalla campionata nel corso di un unico quadrimestre):</li> <li>• Delle 10 aziende da ingrasso controllabili:</li> <li>• N. 7 aziende controllate (100%) con 545 prelievi di sangue:</li> <li>➤ N. 2 aziende che dovevano essere controllate nel secondo semestre in quanto ciclo di allevamento tutto pieno/tutto vuoto sono in realtà in vuoto di stalla e quindi non vi sono suini da campionare;</li> <li>➤ N. 1 azienda è in vuoto di stalla e quindi non sono presenti suini da campionare.</li> <li>• N. 25 campioni di sangue prelevati da suini al macello.</li> </ul> <p>La vaccinazione contro il Morbo di Aujeszky è verificata sistematicamente sia con apposita check list nel corso dei controlli eseguiti presso le aziende suinicole, che mediante l'esito delle analisi di laboratorio sui campioni di sangue.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	100% interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2014
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>N. 24 (pari al 100 %) controlli ufficiali effettuati sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p><b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b></p> <p>Ambiente e salute</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Applicazione della procedura di Valutazione di Impatto sulla Salute</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza del coinvolgimento dell'ARPA e degli "informatori chiave" quali Comune, Provincia, etc. per l'individuazione degli elementi utili all'espressione del parere su insediamenti , progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute (anche prodotti per area vasta).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli operatori partecipano al gruppo regionale, comprensivo delle altre ASS e ARPA-FGV;</li> <li>• Realizzati due interventi ispettivi congiunti con ARPAPVG e Corpo Regionale Forestale per istruttoria di parere di VIS relativa all'insediamento produttivo di galline ovaiole a Savogna d'Isonzo</li> </ul>	

- Realizzato un incontro pubblico sulla stessa problematica in Comune a Savogna d'Isonzo insieme ad ARPA e Amministrazione comunale
- Partecipazione di un medico al Convegno Nazionale a Bologna (17-18 settembre) sulla VIS, con presentazione della sperimentazione effettuata dal gruppo di lavoro regionale FVG;
- Partecipazione il 19 settembre di un medico al tavolo tecnico interregionale a Bologna sulla VIS.
- Formazione sul campo tenutosi a Palmanova, coinvolgente tutti i Dipartimenti di Prevenzione regionali e l'ARPA.
- Realizzazione di una VIS inerente il Rigassificatore di Monfalcone (oggetto di VIA statale)

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### Prevenzione cardiovascolare

Obiettivo aziendale Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Risultato atteso Valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale e degli stili di vita, da parte dei mmg, in una quota di cittadini appartenenti alla popolazione eligibile (come da accordo mmg), estensione della valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale ad altre figure professionali.
--	--

Attuazione al 31.12.2014

In mancanza di specifici accordi regionali e aziendali sono stati organizzati incontri con cardiologo, responsabile Igiene Alimenti e Nutrizione, Dietista e con fisioterapista.

Promossi nelle due sedi IET interventi di attività fisica: attività regolarmente svolta a S. Lorenzo. A Romans concordato con amministratori comunali e MMG operanti sul territorio ed avviata insieme con dietiste attività promozionali relativamente a corretta alimentazione e stili di vita sani. In collaborazione con Dietiste ASS si è quindi sviluppato e organizzato un progetto dedicato ai cittadini che, autonomamente o su invito del medico di medicina generale o cardiologo, desiderano ricevere una valutazione generale sul loro stile alimentare e suggerimenti per una dieta che protegga il cuore. Presso gli ambulatori dell'infermiere di Equipe Territoriale di San Canzian d'Isonzo-Pieris e di Romans d'Isonzo, a giorni specifici, saranno a disposizione un dietista ed un infermiere.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Formare i professionisti	Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia.
--------------------------	--

Attuazione al 31.12.2014

Individuati referenti aziendali come da indicazioni regionali, gli stessi hanno effettuato corso FAD

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### REACH

Obiettivo aziendale Applicazione del regolamento REACH in	Risultato atteso Almeno un'ispezione per Area Vasta
--	--

ambito locale	
Attuazione al 31.12.2014 Eseguite due ispezioni nell'ambito dell'ASS2.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b>	
Obiettivo aziendale Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Risultato atteso Evidenza delle attività preparatorie all'adozione dei protocolli
Attuazione al 31.12.2014 Nel corso del 2014 la Direzione del DSM assieme alla Direzione Sanitaria della ASS2 Isontina, al Dipartimento per le Dipendenze, alla NPI, al Consultorio e al Servizio Promozione della Salute della ASS 2 Isontina, hanno partecipato ad un progetto che fa capo al Servizio Prevenzione della Direzione Centrale Salute della Regione (dott.ssa Nora Coppola) che si chiama Progetto Benessere Giovani. Gli operatori aziendali hanno partecipato direttamente alle molte riunioni indette dal Servizio Promozione della Salute ed alla costruzione del sistema WHAT'S UP, promosso dall' ASS 2 "Isontina" in un'alleanza forte con la Provincia di Gorizia , il MIUR e in collaborazione con la Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia. Il progetto "What's up" è proseguito nel suo sviluppo. Gli operatori hanno partecipato trasversalmente e attivamente a tutti e tre i gruppi di lavoro. ( Gruppo "fattori protettivi" – Gruppo "fattori di rischio" – Gruppo "accessibilità dei Servizi"). In particolare, il Gruppo di lavoro sull'Accessibilità ai Servizi ha ampliato la collaborazione anche alle UO di Pediatria e al Servizio per i Disturbi Alimentari, perseguendo il suo obiettivo attraverso il confronto tra le diverse modalità di accesso che i Servizi citati offrono agli utenti siano essi minori, giovani o genitori. La sintesi del confronto ha portato all'elaborazione di un documento aziendale che, come un vademecum, raccoglie tutte le informazioni necessarie a guidare l'utente nell'accesso ai diversi Servizi per adolescenti e giovani. Gli altri Gruppi hanno proposto e realizzato sul territorio ed in alcune scuole attività specifiche e di propria competenza.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3. PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> <li>- relativamente alla residenzialità/domiciliarità dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi</li> </ol>

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
	di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>1) Con riferimento all'incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, la ASS 2 "Isontina" ha condotto nel primo semestre 2014 una serie di attività nei confronti dei medici di medicina generale e dei medici specialisti: si è arrivati ad un consenso locale sull'utilizzo dei sartani (ATC C09C e C09D) e degli ipolipemizzanti (ATC C10); si è regolarmente inviata la scheda medico regionale. In mancanza di un accordo locale con i MMG il Tavolo Farmaci aziendale si è riunito con la finalità di arrivare ad un "pacchetto informativo condiviso" nelle giornate di 14 febbraio, 10 aprile e 19 giugno 2014. Il documento finale è stato trasmesso ai medici aziendali in data 18 luglio 2014. Il risultato è stato un sensibile miglioramento degli indicatori AIFA/MEF.</p> <p>2) In ambito di area vasta nella riunione convocata dall'azienda capofila si sono definite le linee sulla gestione dei biosimilari. La bozza di procedura è stata confermata, condivisa, adottata dall'Area Vasta ed inviata in DCS .</p> <p>3) La distribuzione diretta a pazienti territoriali viene garantita dalla sede operativa di Gorizia. Il primo ciclo viene inviato direttamente ai reparti.</p> <p>4) Il Servizio farmaceutico Territoriale ha verificato la copertura delle prescrizioni territoriali dei nuovi anticoagulanti orali, comunicando i risultati alla direzione sanitaria, non sono stati segnalati casi di mancata appropriatezza prescrittiva.</p> <p>5) Sono stati effettuati 3 invii di scheda medico: 28 gennaio, 29 maggio e 30 ottobre 2014.</p> <p>6) Il Servizio farmaceutico Territoriale ha effettuato il monitoraggio e la valutazione della prescrizione dei dispositivi per diabetici. I risultati sono stati comunicati alla Direzione aziendale in data 28 ottobre 2014. Sono stati organizzati diversi incontri con i rappresentanti dei MMG, i Distretti ed il Centro Antidiabetico nel corso dei quali sono state presentate le raccomandazioni internazionali ed è stato rinnovato l'impegno al rispetto della normativa regionale in tema di dispositivi per i diabetici.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO (4/7)</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

**Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica**

Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)

1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;
2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;
3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);
4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;
5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.

Attuazione al 31.12.2014

- 1) La farmacia ha erogato i medicinali soggetti a registro AIFA nel rispetto delle indicazioni prefissate, previa registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso. Il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing è stato utilizzato ove attivo.
- 2) Le terapie ad alto costo sono state condivise in sede di Commissione Terapeutica Aziendale per quanto riguarda prescrizione di ASS2 mentre le prescrizioni di terapie ad alto costo da parte di centri specialistici di altre aziende vengono erogate nel rispetto delle indicazioni AIFA. Non

**Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica**

sono state convocate riunioni di prontuario area vasta successive ai primi mesi dell'anno dall'azienda capofila pertanto il prontuario in uso è rimasto quello aziendale, disponibile su intranet aziendale.

- 3) Grado di completezza della compilazione dei campi della cartella oncologica pari al 94%
- 4) La farmacia ha garantito il corretto utilizzo nel sistema Ascot e i centri di costo ai quali vengono attribuiti i costi dei farmaci pertanto dal report di BO si nota per la fase 3° la copertura del 90% ed il controllo della congruità dei dati entro i tempi fissati.
- 5) Sono stati inseriti i dati anagrafici per le prescrizioni a pazienti regionali non appartenenti ad ASS2 per tutti i farmaci ad alto costo, pertanto possono essere monitorati attraverso il sistema B.O. Insiel e attribuiti all'azienda di riferimento del paziente.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

- 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (RIUNIONI PRONTUARIO AREA VASTA)**
- 3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**
- 4. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 5. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure****Obiettivo aziendale**

Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale

**Risultato atteso**

- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.
- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;
- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici
- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)
- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e

	<p>delle terapie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> <li>- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.14</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I programmi esistenti sono stati consolidati; gli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico (monitoraggio cartelle cliniche del 2° semestre 2013 e del 1° semestre 2014 e osservazioni sul campo) sono stati trasmessi alla Direzione Centrale Salute (con nota prot. N. 8321/2014 del 14.03.2014 e n. 25625/14 del 26.08.2014).</li> </ul> <p>I risultati del monitoraggio degli indicatori sono stati condivisi con la Direzione Strategica e con gli operatori (riunioni sul governo clinico e sicurezza delle cure che hanno avuto luogo in data 28.05. e 02.12.2014, trasmissione via e-mail del report ai singoli reparti).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround): il progetto regionale non è stato avviato</li> <li>- Sicurezza dell'uso dei farmaci <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Azienda ha partecipato allo studio regionale sulla polifarmacoterapia e ha trasmesso i dati alla Direzione Centrale Salute (con e-mail di data 03.04.2014)</li> <li>• L'Azienda ha identificato e formalizzato (con delibera del Direttore Generale n. 227 del 16.05.2014) un gruppo aziendale di esperti nella politica degli antibiotici</li> <li>• La procedura aziendale "Profilassi antibiotica perioperatoria" è stata aggiornata, adottata (con delibera del Direttore Generale n. 257 del 09.06.2014), implementata mediante pubblicazione sul sito intranet</li> </ul> </li> <li>- Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella: <ul style="list-style-type: none"> <li>• È stata adottata la procedura "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella / mandibola da bifosfonati (Delibera del D.G. n. 329 del 17.07.2014)</li> <li>• È stata adottata la procedura "Prevenzione del suicidio nei pazienti ricoverati" (Delibera del</li> </ul> </li> </ul>	

D.G. n. 475 del 07.11.2014)

- Sono state adottate le buone pratiche indicate dalla letteratura scientifica (linee guida regionali sulle lesioni da pressione, sulla gestione delle infezioni da *Acinetobacter baumannii*, da *Enterobacteriaceae* resistenti ai carbapenemi, sulla gestione delle polmoniti batteriche, sulla gestione delle infezioni delle vie urinarie, sulla sorveglianza microrganismi sentinella, Choosingwisely)

- Sono stati elaborati e diffusi in condivisione con l'area vasta i PDTA relativi a : Carcinoma mammario

- Scompenso cardiaco

- Frattura di femore

- Artroprotesi d'anca

- BPCO

- Mesotelioma pleurico

- Gravidanza fisiologica

- Ictus

- Al fine di raccordare le attività sul tema della sicurezza del paziente e sulla gestione del contenzioso è stato elaborato e trasmesso (con nota Prot. N. 40163 del 30.12.2014) il report "Analisi delle richieste di risarcimento pervenute nel corso del 2013"

- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza: le attività regionali ed aziendali sulla sicurezza del paziente sono state presentate alle Associazioni di Volontariato nel corso della Consulta della Salute, che ha avuto luogo in data 06.05.2014.

- Alcuni operatori dell'Azienda hanno partecipato ai gruppi di lavoro regionale che si sono occupati della stesura degli opuscoli per l'utenza relativi ai rischi di lesioni da pressione, rischio di caduta, patient handbook.

- Formazione: è stato effettuato (Monfalcone, 24.11.2014) il corso ECM "La sicurezza della terapia farmacologica",

E' stato realizzato, in data 04.12.2014, il corso di formazione ECM "Il Programma nazionale Esiti: supporto alle attività di audit clinico ed organizzativo".

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.3.3 Accreditemento</b>	
Obiettivo aziendale Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	Risultato atteso Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche: autovalutazione dei requisiti della rete per l'assistenza ai pazienti con ictus, della rete trapianti, gravi insufficienze d'organo e della rete delle cure palliative e redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento
Attuazione al 31.12.2014 L'attività è bloccata: in attesa dei requisiti da parte della Direzione Centrale.	

<p>1. Sono stati messi a disposizione quando richiesti tutti i professionisti valutatori formati o esperti per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private.</p> <p>2. Continua l'attività di adeguamento ai requisiti di accreditamento istituzionale in seguito all'autovalutazione effettuata presso le strutture aziendali.</p> <p>3. Non sono stati ancora forniti i requisiti di autorizzazione ed accreditamento relativi ai percorsi regionali</p> <p>OBIETTIVO STRALCIATO per quanto riguarda la rete per l'assistenza dei pazienti con ictus e della rete delle cure palliative. (DGR n. 2666 dd 30.12.2014)</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento;</li> <li>- Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica;</li> <li>- Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare;</li> <li>- Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP;</li> <li>- Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In attuazione al Regolamento il monitoraggio delle prescrizioni viene costantemente realizzato con la verifica di ogni richiesta e rinvio di casi dubbi al prescrittore. Le modalità sono state condivise ed acquisite come buona prassi.</p> <p>Sono stati realizzati due incontri di aggiornamento con il personale coinvolto nella assistenza protesica.</p> <p>L'elenco dei prescrittori viene periodicamente aggiornato con formale comunicazione all'INSIEL per l'inserimento del nominativo.</p> <p>Attivo da anni un appalto con ditta che provvede alla consegna, ritiro, sanificazione e tenuta del magazzino.</p> <p>Tutto il materiale è stato acquistato in gara regionale tramite quel canale, salvo la protesica personalizzata.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> <li>- Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Le linee guida sono state recepite all'interno del Regolamento aziendale adottato ufficialmente con Delibera del Direttore Generale. Le strutture risultano adeguate all'attività.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) NON RISULTANO CHIARAMENTE IMPLEMENTATE NEL 2014</b></p>

<b>Linea 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione alla definizione del percorso di accreditamento delle tre reti secondo i principi dell'accordo stato Regioni n. 151 del 25 luglio 2012 ed all'autovalutazione;</li> <li>- Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Non ci sono state convocazioni del tavolo tecnico regionale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b></p>
Soddisfamento del debito informativo nei confronti del Ministero	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio.</li> <li>- Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.</li> </ul>

Attuazione al 31.12.2014 In corso la predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale – territorio. I dati relativi ai flussi ministeriali vengono regolarmente inviati.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>
---

Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	- Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. - Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >39%.
--	---

Attuazione al 31.12.2014  
E' stato regolarmente implementato il registro dei decessi per lesione cerebrale acuta.  
Il rapporto n. accertamenti di morte/decessi per gravi cerebro lesioni acute è attualmente pari a 67,9 a livello regionale (vedi report regionale).  
Sono stati organizzati due eventi formativi sulla donazione organi a Gorizia con 50 partecipanti.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.

Attuazione al 31.12.2014  
Si è continuato col procurement di tessuti ed organi presso i due ospedali.  
Dato donazione cornee: anno 2014 a Monfalcone tot n° 34 (anno 2013 a Monfalcone: tot. 20)  
anno 2014 a Gorizia tot n° 29 (anno 2013 a Gorizia: tot. 9)  
Dato prelievi organo: anno 2014 tot. 6

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto

Attuazione al 31.12.2014  
E' stata garantita la partecipazione della Direttrice di SOC e della Referente infermieristica all' incontro della Commissione Regionale di Coordinamento per l'attività di Nefrologia, dialisi e trapianto di rene tenutosi il 21 ottobre a Udine.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.3.7 Piano Sangue regionale : ASS 2 "Isontina"</b>
--

Obiettivo aziendale Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Risultato atteso Contributo all'alimentazione del flusso informativo
---	---

Attuazione al 31.12.2014	
<p>Completata la raccolta dati di Emovigilanza sui donatori relativi al 2013 in vista della comunicazione al Sistema di Sorveglianza Nazionale (SISTRA) entro il 31/03/2015.</p> <p>Publicato il bollettino trasfusionale regionale relativo al 2013 riportante l'elaborazione dei dati epidemiologici dei donatori di sangue fatta dal CUVB: in corso di elaborazione i dati relativi al 2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Accreditamento della struttura trasfusionale Centro Unico di Validazione Biologica e della struttura trasfusionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Mantenimento dell'accreditamento del Centro Unico di Validazione Biologica e della struttura trasfusionale (quest'ultima per i requisiti di competenza di ASS 2) senza non conformità essenziali</p>
Attuazione al 31.12.2014	
<p>Visite di accreditamento effettuate il 28.10.14 per il Servizio Trasfusionale ed il 29.10.14 per il CUVB, entrambe con esito positivo. Ottenuto da parte della DCS l'accreditamento senza non conformità essenziali.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone con la seguente suddivisione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AV. Giuliano Isontina per le neoplasie del mammella</li> <li>- AV. Udinese per le neoplasie del polmone</li> <li>- AV. Pordenonese per le neoplasie della colon retto</li> </ul>	<p>Risultati attesi</p> <p>Le tre aree vaste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente).</li> <li>- Entro 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale</li> <li>- Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2014	
<p>E' stato costituito il gruppo di lavoro di Area Vasta, cui hanno partecipato per l'ASS2 il referente della Segreteria Screening Oncologici, il radiologo, l'anatomopatologo, il chirurgo. E' stata realizzata la formazione in Area Vasta cui hanno partecipato tutti i componenti del gruppo, è stato realizzato e pubblicato il PDTA su :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma mammario</li> </ul>	

Il PDTA è stato presentato in una conferenza di consenso organizzata in Area Vasta, presente la DCS, ed in una conferenza stampa dd 10.12.2014 ed è pubblicato sul sito internet dell'ASS1.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Patologica cardiovascolare: Avvio della rete delle emergenze cardiovascolari	Partecipazione avvio della rete delle emergenze cardiovascolari
Attuazione al 31.12.2014 Partecipato al tavolo regionale sulle emergenze. Piena operatività del sistema di teletrasmissione ECG con centralizzazione STEMI presso l'Hub AO/TS.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.9 Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012	Risultati attesi - Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio – Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna). - Attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari, qualora i livelli di sicurezza previsti dai provvedimenti nazionali e regionali non possano essere garantiti
Attuazione al 31.12.2014 Garantita la presenza ai lavori del Percorso Nascita regionale il giorno 16.04 e 5.06.2014 Elaborato il Piano di Sospensione del Punto Nascita di Gorizia e delle degenze della Pediatria di Gorizia in accordo con la Direzione Generale dell'ASS2 e della Direzione Centrale della Salute. Adottato con delibera N.293 del 30/06/2014 il "Piano riorganizzativo del percorso nascita dell'ASS 2 Isontina" in attuazione alla DGR n.1200 del 26 Giugno, con sospensione dell'attività di degenza pediatrica e punto nascita presso l'Ospedale San Giovanni di Dio di Gorizia dal 21.07.2014. Rinominato con decreto 978/DC del 16/12/14 il Comitato regionale per il Percorso Nascita: i componenti aziendali sono dott.ssa D. Dragovic e RID M. C. Calligaris che hanno partecipato alla riunione del gruppo regionale del Percorso Nascita in data 9/12/2014. Nel 2014 è stata implementata <u>la scheda unica regionale</u> per il trasporto di emergenza neonatale, il PDTA sul diabete gestazionale e una relazione tecnica sugli screening neonatali	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.</li> </ul>	<p>Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche)</li> <li>- Segnalazione di tutte le nuove diagnosi</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il Registro delle Malattie Rare è stato implementato come previsto.</p> <p>Dal 1° gennaio al 31.12.2014 sono stati segnalati al Registro Malattie Rare da parte della Neurologia sei (6) pazienti: di questi 3 con malattie di motoneuroni SLA-like, 1 con Corea di Huntington, 1 con Distrofia Miotonica, 1 con CMT2.</p> <p>Da parte della Medicina di Gorizia i casi ammontano, ad un numero di 18 (dieci Connettiviti Indifferenziate, tre S. di Sjogren, due Crioglobulinemie miste, una Malattia di Behcet, una emofilia A, una Schönlein-Henoch).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DELLA SEGNALAZIONE DEI CASI SEGUITI NEGLI ULTIMI 3 ANNI E NON ANCORA REGISTRATI</b>

<b>Linea 1.3.3.11 Diabete</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale.</p> <p>Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale. Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> <li>- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul> <p>Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione.</p> <p>Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>1-DIABETE E GRAVIDANZA. Il giorno 9 dicembre incontro presso SOC di Ostetricia Ginecologia di Monfalcone con presentazione e discussione del documento "Linee di indirizzo regionali sul diabete gestazionale" a tutti i collaboratori (medici ginecologi, ostetriche, dietiste, infermiere di Diabetologia, Ostetricia, Consulteri).</p> <p>Durante l'incontro è stato programmato di rivedere il percorso interno, anche sul diabete pregestazionale. E' stato discusso il questionario conoscitivo sulla gravidanza complicata da obesità, e riviste le indicazioni per l'invio della paziente obesa al centro diabetologico. Programmato revisione PDTA aziendale nel 2015 e corso di formazione. Vedi verbale riunione allegato.</p> <p>2-ETA EVOLUTIVA E TRANSIZIONE. Prosegue la collaborazione della dietista della Diabetologia con la SOC Pediatria per la presa in carico dal punto di vista nutrizionale dei pz. con diabete tipo1 all'esordio e secondo un follow-up trimestrale in Pediatria. La transizione dei pz. con diabete dalla Pediatria alla Diabetologia dell'adulto avviene in collaborazione e condivisione fra i diabetologi ed i tre Pediatri di riferimento per il diabete di Monfalcone e Gorizia. Il Percorso non è ancora strutturato, sono in programma iniziative formative nel 2015 oltre alle attività dei gruppi tecnici per le Linee guida regionali.</p> <p>3-GESTIONE INTEGRATA Corso di formazione per MMG realizzato 31.10.2014. In tale occasione si è discussa la necessità di indicare correttamente sull'impegnativa di visita diabetologica la priorità e ribadite le indicazioni delle Linee guida Regionali 2005 all'automonitoraggio glicemico. E' stata programmata la formazione per il 2015 alla luce delle richieste di fabbisogno formativo espresse. Nel referto della visita diabetologica vengono fornite le indicazioni per follow-up dei pz.: tempistica del monitoraggio clinico strumentale, obiettivi glicemici e indicazioni al monitoraggio glicemico. E' necessario stabilire un Percorso definito e condiviso con i MMG con il supporto informatico.</p> <p>4-PIEDE DIABETICO. Attività formativa per infermieri Intra ed Extra Aziendali: "Corso sul campo "Il trattamento ambulatoriale del piede diabetico" 4 eventi. Attività formativa "Il trattamento chirurgico del piede ischemico" in collaborazione con Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine per medici, infermieri, tecnici di radiologia provenienti da ASS 2, ASS 4, ExtraAzienda e dalla Slovenia.. Come da precedenti incontri con il Direttore Sanitario e con il Direttore di Area Ospedaliera con la partecipazione del dr. Da Ros titolare della funzione. E' urgente e necessario l'adeguamento dell'organico medico e infermieristico e la riorganizzazione degli spazi dedicati dalla sala d'aspetto agli ambulatori vista la rilevanza e l'andamento in crescita dell'attività. Vedi i</p>	

<p>report delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere (Day surgery e ricoveri).</p> <p>5-PREVENZIONE INSORGENZA COMPLICANZE-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corsi di educazione strutturata per i pz. con diabete tipo 2 di nuova diagnosi (Conversation Maps) sotto la responsabilità delle infermiere/i di Diabetologia. 3 Corsi. I corsi sono stati sospesi negli ultimi 6 mesi per la criticità nella disponibilità del personale.</li> <li>- Organizzazione e supporto sanitario (medici, infermieri, dietista) alla partecipazione di diabetici tipo 1 e tipo 2 ad eventi sportivi regionali in collaborazione con l'Associazione Isontina Diabetici: Bavisela, Maratonina di Udine, Telethon con il Corriregione (Gruppo di Studio Diabete e Attività Fisica).</li> <li>- Partecipazione Giornata Mondiale del Diabete evento che si è svolto a Trieste con le Diabetologie regionali e le Associazioni regionali dei pazienti (CRAD).</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.12 Sanità penitenziaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasferimento dei rapporti di lavoro</li> <li>2. Trasferimento delle attrezzature, degli arredi, beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia. così come elencati da apposito inventario trasmesso dalla Regione</li> <li>3. Convenzioni con gli istituti penitenziari, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione, per usufruire dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie che vengono concessi in uso gratuito.</li> <li>4. Definizione di forme di collaborazione relative alla sicurezza tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario</li> <li>5. Nelle more di una definizione dettagliata dei LEA da garantirsi ai detenuti negli istituti penitenziari del FVG e delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale vengono mantenute le consuetudini in atto al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.</li> <li>6. Analisi dei prontuari farmaceutici e adozione di provvedimenti per garantire la continuità farmaceutica ai detenuti</li> <li>7. Redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG</li> </ol>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le ASS hanno posto in essere tutti gli atti e provvedimenti necessari per quanto riguarda i trasferimenti del personale dal Ministero della Giustizia al servizio sanitario</li> <li>2. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali sono stati presi in carico dalle ASS</li> <li>3. Sono state stipulate le convenzioni per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie</li> <li>4. E' stato stipulato protocollo di intesa interistituzionale in materia di sicurezza</li> <li>5. Le ASS garantiscono le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza secondo le consuetudini in atto</li> <li>6. I Responsabili servizio farmaceutico di ogni ASS ha preso i dovuti contatti con il Dirigente sanitario dell'istituto penitenziario per l'analisi del prontuario farmaceutico.</li> <li>7. Le ASS collaborano con i propri referenti alla redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG.</li> </ol>

Attuazione al 31.12.2014

In data 26.06.2014 è stato trasmesso alla DCS il "protocollo d'Intesa tra ASS2 Isontina e Casa Circondariale di Gorizia". E' stata definita la convenzione con il personale medico ed infermieristico ed i relativi contratti, visionabili presso La Struttura delle Risorse Umane (Delibera n. 66 dd 18.02.2014, n. 121 dd 10.03.2014, n. 447 dd 27.10.2014, n. 531 dd 01.12.2014, Avviso per conferimento incarico per medici sanità penitenziaria Delibera n. 429 dd 20.07.2014 e 536 dd 09.12.2014 con successivo conferimento di due incarichi, Delibera n. 548 dd 17.12.2014 e 593 dd 30.12.2014 con successivo conferimento incarico a 2 infermieri.

Le richieste di farmaci vengono regolarmente inviate da gennaio 2014 dalla casa Circondariale alla Farmacia Aziendale che evade le richieste avuto riguardo di quanto presente nel prontuario terapeutico territoriale.

Dal 24 luglio all'11 Dicembre con cadenza quindicinale è stato attivato e reso operativo l'ambulatorio medico dalle ore 9.30 alle ore 10.30, con la presenza di un medico psichiatra ed un infermiere. Nelle stesse date dalle ore 13.30 alle ore 14.30 si è attivato e reso operativo un gruppo ascolto-benessere rivolto a tutti gli internati e co-condotto dallo psichiatra e dagli educatori o infermieri. Inoltre si è mantenuta la disponibilità ad intervenire in caso di nuovi entrati, qualora si fosse resa necessaria una valutazione.

In data 12 Dicembre 2014 si è tenuto presso la casa circondariale una prima riunione rivolta al personale di polizia penitenziaria ed amministrativo di in-formazione della durata di due ore (dalle 10.30 alle 12.30) così come previsto dal progetto.

Considerando che il numero degli internati nella casa circondariale di Gorizia è oscillato tra i 13 ed i 18 ospiti, possiamo considerare l'attività svolta adeguata rispetto ai risultati attesi e alle verifiche.

Si sono valutati complessivamente 10 internati presso l'ambulatorio medico, per un totale di 25 colloqui, non si sono evidenziati stati mentali a rischio né vi è stata la necessità di effettuare test rispetto al dubbio di agiti autolesivi.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli ambiti distrettuali.</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nel PAL vi è evidenza del recepimento degli obiettivi e delle azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali.</li> <li>2. Le ASS perseguono gli obiettivi previsti nel documento di programmazione integrata per il 2014.</li> <li>3. Le ASS in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni provvedono al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività</li> </ol>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il documento di programmazione integrata, parte integrante del PAL, viene monitorato trimestralmente e di ciò è stata data comunicazione formale da parte degli'Ambiti Distrettuali.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le ASS congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni provvedono alla predisposizione del Programma attuativo annuale da realizzare nel 2015 e al rinnovo dell'atto di intesa.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Entro ottobre 2014, ASS e SSC provvedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'eventuale aggiornamento delle Schede obiettivi di integrazione sociosanitaria 2013-2015;</li> <li>- alla trasmissione del PAA 2015 alla DCSISPS per il parere di congruità.</li> </ul> <p>Entro dicembre 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASS e SSC riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali.</li> <li>- I Direttori generali e i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali rinnovano l'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2015 e trasmettono alla DCSISPS i documenti di programmazione integrata locale 2015 approvati in via definitiva unitamente all'atto di intesa.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'obiettivo è stato stralciato dalla DCS (DGR n. 2666 dd 30.12.2014)</p>	

<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><u>Per le Aree Vaste</u></p> <p>Utilizzo a regime in ogni area vasta dei 10 posti</p>

a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA	<p>letto dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP), come programmato nel 2013. Stesura del piano operativo per l'attivazione e utilizzazione a regime entro Giugno 2015 di ulteriori 10 posti letto di SUAP in ogni Area vasta, per un totale di 60 posti letto in regione.</p> <p><u>Per le restanti aziende</u></p> <p>Utilizzo a regime delle schede di rete previste e adeguamento della dotazione di risorse in relazione agli standard previsti per la riabilitazione intensiva e/o estensiva.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In ASS vengono utilizzati i 10 p.l. di Villa S. Giusto per i quali c'è una convenzione con ASS n.2 per la gestione di pazienti in Stato Vegetativo Permanente e con SLA evoluta.</p> <p>Le strutture aziendali sono integrate nella rete regionale delle gravi cerebro lesioni acquisite. Trasmissione delle schede di rete consolidata.</p> <p>Nell'allegato 1 della delibera 2673 del 30.12.2014 vengono indicati per AAS 2 12 posti letto SUAP che dovranno essere ridefiniti all'interno della neo AAS 2.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.4.3 Salute mentale**

<p>Obiettivo aziendale e di Area Vasta</p> <p>Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di area vasta per i servizi afferenti all'area degli adulti e dell'età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Definire percorsi di contenimento della fuga extraregionale in particolar modo per la residenzialità migliorando l'offerta territoriale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>La Direzione del DSM ed i due CSM hanno preso parte a tutti gli incontri di verifica, presentazione dei casi e di programmazione dei percorsi di rientro dalle comunità extraregionali per persone in carico, così come disposto e organizzato dalla Direzione Sanitaria della ASS 2 Isontina con il progetto "Tutti a casa".</p> <p>Al Partner privato sociale è stato richiesto di formulare delle progettualità per il rientro con i relativi costi. Le stesse sono state presentate alla Direzione Generale per la verifica della sostenibilità della spesa.</p> <p>E' stata data informazione ai 2 CSM sulle persone che hanno fatto ricorso a ricoveri presso Case di Cura private extraregione, con i nominativi dei relativi MMG prescrittori dei ricoveri affinché vengano fatte le necessarie verifiche sulle motivazioni degli stessi e siano presi accordi con i MMG per evitare questa tipologia di ricoveri.</p> <p>E' stata convocata un'UCAD in data 15.12.2014 con la partecipazione dei Distretti, CSM e MMG in</p>	

cui sono state esposte alcune linee di collaborazione tra servizi aziendali e MMG.

CSM AI: Alcuni operatori del CSM A.I. hanno fatto le verifiche sull'andamento delle progettualità in essere, recandosi anche nelle comunità extraregionali dove si trovano ospitate due persone di Gorizia in carico al Distretto- UOEEPH, relazionando a Direttore di Distretto e al Direttore sanitario dell'ASS 2 Isontina, fornendo loro le indicazioni necessarie al rientro delle persone e individuando le soluzioni possibili.

Si è lavorato assieme al Partner privato sociale per costruire le progettualità per un possibile rientro sulle caratteristiche delle persone e sui loro bisogni assistenziali così da poter predisporre progettualità di rientro efficaci e sostenibili.

I medici del CSM hanno sensibilizzato i singoli MMG prescrittori dei ricoveri per concordare altri tipi di risposta ai bisogni delle persone in oggetto, ovvero sia un miglior utilizzo delle opportunità di presa in carico da parte del CSM, ancorché l'attuale sede della accoglienza sulle 24 ore sia profondamente condizionata dalle gravi condizioni strutturali e fisiche della sede che ancora ospita il Centro.

Al fine di migliorare l'offerta relativa alla residenzialità si è provveduto ad utilizzare la struttura residenziale dipartimentale sita in Gradisca per le persone con minor disabilità psichiatrica.

CSM BI : sono stati effettuati numerosi incontri con il privato sociale per il rientro dalla comunità extraregionali per persone prese in carico.

Un paziente in carico al CSM BI, ospite in una comunità fuori regione è rientrato il 26 marzo 2014 in una struttura riabilitativa del nostro DSM. In mancanza di nuove disponibilità e di nuovi fondi a disposizione non vi sono stati ulteriori rientri da fuori regione.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio e consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, 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, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.

Attuazione al 31.12.2014

Nel corso dell'anno la Direzione del DSM ha organizzato e gestito gli incontri del Gruppo aziendale Esordi (Salute Mentale, Dipendenze, NPI, Consultori, UOEEPH), curandone il regolare svolgimento, garantendone la continuità, operando da punto di riferimento per gli altri servizi aziendali coinvolti. Inoltre la Direzione ha garantito la supervisione sui contenuti di propria pertinenza e la partecipazione attiva alle iniziative organizzate dal Servizio aziendale di Promozione della salute.

I MMG sono stati dotati di una scheda per la valutazione dell'esordio psicotico (CVEP).

L'Evento Formativo per il SSC stato organizzato assieme a DAI e DBI e si è tenuto nella mattinata di mercoledì 10 dicembre presso Palazzo Attems con la partecipazione delle Direttrici degli ambiti e delle assistenti sociali dei due Ambiti Alto e Basso Isontino. La Scheda CVEP era stata presentata già lo scorso anno ai MMG. E' stata convocata UCAD in data 15.12.2014 per la condivisione delle linee di collaborazione tra servizi aziendali e MMG.

CSM : Gli operatori delle diverse professionalità del CSM hanno partecipato con regolarità al gruppo aziendale Esordi durante tutto l'anno 2014. Il gruppo ha permesso un confronto continuo e regolare con gli operatori dell'UOEPPH, del Consultorio Familiare , della Neuro Psichiatria Infantile e del Sert, al fine di mantenere una modalità di lavoro sui giovani fortemente integrata.

Gli operatori del CSM hanno dato vita ad una "équipe di lavoro multi professionale dedicata" per migliorare l'intervento sul tema salute mentale giovani. Hanno dato vita ad una serie di attività con finalità terapeutico-riabilitative per le persone giovani con esordio psicotico e/o stato mentale ad alto rischio presso la sede dipartimentale di Gradisca , operando in un'ottica dipartimentale e realizzando una diversificazione dell'offerta terapeutica secondo le indicazioni della EBM. Sono stati attivati due gruppi terapeutici di giovani all'esordio o ad altissimo rischio con utenti del territorio aziendale.

In data 10.12.2014 si è tenuto l'evento formativo sul tema salute mentale giovani indirizzato principalmente agli Ambiti Sociali, ma aperto anche ai PLS e agli operatori del Privato Sociale che opera nell'area dell' "Educativa" su mandato degli Ambiti così da allargare e rendere più efficace la rete dei servizi a favore dei minori . Gli operatori aziendali hanno partecipato all'evento in qualità di formatori.

Gli operatori del CSM sono stati impegnati durante l'anno in modo coordinato e strutturato con il servizio di Promozione della Salute per gli interventi di promozione della salute nell'ambito delle scuole. In tal senso non solo hanno parte attiva nell'implementazione e realizzazione del sistema "What's up" ma rientrano organicamente nella collaborazione sistematica avviata dalla ASS 2 Isontina con il mondo della scuola per promuovere il benessere dei giovani e rendere il personale scolastico e gli psicologi che operano nelle scuole capaci di individuare e riconoscere precocemente segni di disagio o di vero e proprio disturbo mentale e , all'occorrenza, collaborare in modo efficace con i servizi sanitari tra cui il CSM è parte rilevante.

Sono stati attivati due gruppi terapeutici di giovani all'esordio o ad altissimo rischio con utenti di entrambi i territori.

E' proseguita l'attività del gruppo funzionale aziendale esordi con la costante partecipazione di operatori dei CSM. E' proseguita la partecipazione alle attività del Servizio di Promozione della Salute nelle scuole per l'individuazione di fattori di rischio e per il riconoscimento precoce di situazioni di disagio. Sono state attivate iniziative di sensibilizzazione sul progetto per operatori di ambiti e distretti.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Consolidamento dei programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento	Attivazione per le persone attualmente in OPG del Budget di Salute e Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati per consentire il reinserimento territoriale
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>La Direzione ha provveduto a partecipare a tutte le riunioni organizzate dalla Regione per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.</p> <p>Inoltre ha coordinato e garantito nel corso dell'anno l'apporto di propria competenza alle attività dei singoli CSM a favore di persone in OPG, in particolare per quanto attiene alle risorse economiche.</p> <p>CSM AI: sono proseguiti i progetti di presa in carico per le persone che hanno concluso le misure di sicurezza, anche con finalità preventiva e di accompagnamento al miglior percorso inclusivo</p>	

<p>possibile.</p> <p>L'operatività del CSM in questo campo ha garantito al signor R..A., ancora in misura di sicurezza di disporre di un progetto con budget di salute / PRP in accordo con Ufficio Esecuzioni Penali Esterne.</p> <p>E' stata portata a termine positivamente la misura alternativa alla detenzione per il Sig M.V. per il quale rimane attivo un programma di cura territoriale sempre in accordo e collaborazione con UEPE</p> <p>Si è potuto concludere positivamente la misura alternativa della Sig.ra J. L. con un programma territoriale condotto in collaborazione con UEPE e Sert. Per la Signora si mantiene attivo un Budget di Salute con FAPS ,</p> <p>CSM BI: sono stati proposti tre progetti (uno con il SERT) per l'uscita di persone attualmente in OPG di cui uno è stato attuato con il rientro di una persona internata dall'OPG che è stata inserita in una comunità terapeutica nella regione. Un giovane (FC) rientrato da una comunità</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>RETE Disturbi del Comportamento Alimentare</b>	
<p>Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)</p>	<p>Trasmissione alla DCSISSPS entro il 31 dicembre 2014 (giugno 2014) degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e i dipartimenti di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>La Direzione del DSM ha provveduto, in accordo con il Servizi di Neuropsichiatria Infantile e d'intesa con il Servizio del Personale, a predisporre gli atti amministrativi necessari affinché l'Ambulatorio per i DCA fosse definitivamente incardinato funzionalmente nel DSM. Ora questo Ambulatorio è una articolazione del DSM e la Direzione del DSM svolge il compito di organizzare le attività e le risorse assegnate, anche attraverso il coinvolgimento multidisciplinare delle altre professionalità aziendali, come richiesto dalla Direzione Centrale.</p> <p>Anche dopo il passaggio dell'ambulatorio al DSM la referente internistica della Medicina di Monfalcone continua a partecipare a tutte le attività previste anche fuori sede.</p> <p>Gli operatori della NPI hanno garantito la partecipazione ad incontri mensili dell'ambulatorio DCA con consolidamento della presa in carico e adozione di strategie condivise</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
	<p><b>ANCHE SE SONO STATI RAGGIUNTI ALCUNI IMPORTANTI RISULTATI DI RIORGANIZZAZIONE NON SONO PERVENUTI GLI ACCORDI FORMALIZZATI ALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE.</b></p>

<b>Linea 1.3.4.4 Dipendenze</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire in ogni Dipartimento dipendenze accesso a soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti, per l'informazione e l'orientamento verso servizi di possibile presa in carico.</li> <li>- Collaborare con la Direzione regionale competente per rispondere agli obiettivi previsti dal progetto nazionale GAP.</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ogni Dipartimento offre uno "sportello" a cui il cittadino può rivolgersi per informazioni competenti.</li> <li>- Ogni ASS ha individuato un referente per le attività in materia di gioco d'azzardo patologico.</li> <li>- Entro il 31.12.2014 produzione report alla Direzione.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Lo sportello "GAP" prosegue nelle sue attività di "accoglienza e cura" (attività di gruppo) e "prevenzione".</p> <p>Referente: Individuato il referente per la nostra Azienda (ed. prof.le Benevento Carlo) che ha iniziato a partecipare al Tavolo regionale GAP.</p> <p>E' stato prodotto il report alla DCS come previsto.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</li> <li>- Partecipazione al processo di accreditamento fra pari delle comunità terapeutiche.</li> <li>- Confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi.</li> <li>- Monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive.</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione, nell'ambito dell'Osservatorio sulle Dipendenze, di linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi</li> <li>- Evidenza della partecipazione al processo di accreditamento. (Almeno un rappresentante per servizio per le dipendenze presente nell'équipe valutativa)</li> <li>- Evidenza del monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive (con produzione di dati aggregati divisi per servizio sulla diffusione dell'uso)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Osservatorio: E' proseguita la partecipazione del Dipartimento delle Dipendenze alle attività dell'Osservatorio (ultime date: 13.10 – 14.11 – 15.12). Si elencano le attività per tematica: a) Ridefinizione degli strumenti per l'inclusione sociale e lavorativa dipendenze e salute mentale: 1) raccolta di regolamenti specifici adottati dai servizi per le dipendenze. 2) avvio tavolo di confronto con referenti servizi dipendenze. 3) strutturata bozza regolamento interaziendale per l'inserimento. 4) strutturata bozza emendamento per modifica LR 57/82 da inserire in legge di assestamento. b) Coordinamento tavolo tecnico dipendenze: 1) organizzato convegno sul sistema di cure delle dipendenze (17.09.14). 2) validati dati dei report regionali. 3) prodotti documenti di confronto su: privacy, borse lavoro, esami patologie infettive. c) Dati epidemiologici per la predisposizione della relazione al Parlamento 2014: raccolti ed inviati. d) Supporto alle integrazioni del sistema gestionale dipendenze: 1) integrazione con anagrafe unica regionale. 2) integrazione con laboratori tramite attivazione collegamento fra mFp5 e Order entry attivata in</p>	

ASS2. 3) consegnata ad INSIEL proposta di strutturazione data warehouse per i Dipartimenti delle Dipendenze. e) Piano Regionale per la Prevenzione: 1) condiviso modello con i referenti regionali dei Dipartimenti. 2) Avviato confronto con responsabili DDD. 3) strutturata bozza quadro logico sui progetti previsti per le attività di prevenzione delle dipendenze patologiche.

Accreditamento: Il processo di accreditamento tra pari tra le CT regionali, come già comunicato, si è concluso. Si aggiunge: 1) elaborato un manuale per l'accreditamento fra pari nelle comunità terapeutiche, 2) gli audit svolti sono stati tre, uno per ogni comunità terapeutica regionale. 3) è stato dato il supporto alla stesura di 3 piani di miglioramento, uno per ciascuna Comunità Terapeutica regionale, 4) è stata strutturata una bozza dei requisiti di accreditamento istituzionale condivisa con Dipartimenti delle Dipendenze e le Comunità Terapeutiche

Diffusione "nuove droghe": Il questionario è stato elaborato e condiviso da tutti i Direttori dei DDD regionali. Questi ultimi hanno concordato di avviare il monitoraggio sulla diffusione di nuove sostanze psicoattive tra gli utenti, afferenti ai Servizi, di età compresa nella fascia  $\leq 19 - 25$  anni. E' stata quindi avviata la raccolta dati nel campione ed elaborati i risultati. Hanno accettato di partecipare all'indagine 91 utenti su 123 (71 maschi - 20 femmine). Da quanto è emerso, tra le sostanze maggiormente utilizzate nell'ultimo anno, prevalgono i cannabinoidi (anche sintetici) e le sostanze oppiacee. A seguire cocaina, amfetamine, ecstasy, allucinogeni e ketamina. Nello specifico l'80% degli intervistati riferisce di aver fatto uso di cannabinoidi, il 43% di aver fatto uso di oppiacei. Questa indagine non ha evidenziato un utilizzo predominante di "nuove sostanze psicotrope", continua invece a prevalere nella popolazione di riferimento l'utilizzo di cannabinoidi anche sintetici e sostanze oppiacee. Disponibile il questionario ed il Report conclusivo.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</b>	
Obiettivo aziendale Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer	Risultati attesi Prendere in carico nuovi pz. con demenze, prescrizione piani terapeutici, individuare pz. congrui a riabilitazione cognitiva, collaborazione ospedale-territorio DAI-DBI, individuare pz. congrui a centri diurni e residenziali.
Attuazione al 31.12.2014	
Valutazione da parte della Neurologia dei pazienti con demenza da malattie degenerative, loro presa in carico, messa in atto delle strategie terapeutiche farmacologiche, informati MMG su terapie e fabbisogni, in collaborazione tra Ospedale e territorio DAI e DBI.	
Sono stati seguiti circa 400 pazienti con demenza da malattie degenerative (UVA Gorizia e Monfalcone), messe in atto strategie terapeutiche farmacologiche; i pazienti selezionati sono stati sottoposti a riabilitazione cognitiva dalla psicologa; di tutti i pazienti viene data informazione scritta sul decorso clinico/terapie/ fabbisogni ai rispettivi curanti MMG; collaborazione a richiesta con i Distretti per UVD su definizione dei bisogni per eventuale inserimento dei pazienti in Centri Diurno/Residenziale.	
I Pazienti selezionati con demenza vengono regolarmente presi in carico dal Distretto attraverso il servizio infermieristico domiciliare in collaborazione con i MMG ed ove possibile indirizzati in strutture residenziali e semiresidenziali	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale ;</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Formazione: sono stati organizzati eventi formativi accreditati ECM per il personale infermieristico aziendale (26 e 27 marzo, 9 e 10 aprile).</p> <p>Dialisi peritoneale: due pazienti in trattamento dialitico peritoneale sono stati accolti in RSA. Gli scambi dialitici sono stati effettuati a cura del personale della SOC di Nefrologia e Dialisi. Non si è reso necessario alcun ricovero in strutture esterne all'azienda. Pazienti prevalenti in dialisi peritoneale al 31.12.2014 pari al 18% sul totale dei pazienti dializzati.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Rete Demenze</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attivazione della Rete di presa in carico nel settore delle demenze</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione della rete regionale sulle demenze coordinato dalla programmazione regionale con il coinvolgimento delle aree sanitaria, dell'integrazione sociosanitaria, del settore farmaceutico e di vari professionisti messi a disposizione dalle aziende e adeguamento dei servizi assistenziali al nuovo modello organizzativo</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'obiettivo è stato stralciato da parte della Direzione Centrale con DGR 2666/2014</p>	

**Linea 1.3.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>consolidamento del gruppo di lavoro distrettuale SmartCare. Indicatore: delibera di costituzione dei gruppi ed avvio delle attività del gruppo. Entro fine febbraio</li> <li>partecipazione entro 31.12 ad almeno il 80% degli incontri di presentazione e formazione organizzati dal Coordinamento Regionale di Progetto in capo ad ASS1. Indicatore: numero di eventi cui i membri del gruppo hanno partecipato.</li> <li>In dipendenza delle disponibilità attuative e delle indicazioni correlate fornite dal Coordinamento Regionale di Progetto, avvio delle prime azioni con raccolta dei dati, delle procedure</li> </ol>
--	--

	<p>di monitoraggio remoto con i dispositivi e di uso delle tecnologie. Atteso:</p> <p>3A) entro 30.6 in almeno 2-3 casi/distretto acquisito consenso informato scritto; completata randomizzazione ed assegnazione a gruppo controllo od intervento.</p> <p>3B) entro 31.12 completamento dell'arruolamento del primo set di partecipanti (4-5 soggetti per distretto – salvo compensazioni aziendali interdistrettuali), con consolidamento di raccolta dei dati, uso dei dispositivi ICT, del fascicolo elettronico.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Attività ancora in fase preliminare, come richiesto sono stati identificati i soggetti eligibili per il reclutamento. Si è in attesa di indicazioni regionali per l'accoppiamento tra bisogno e devices tecnologici di telemonitoraggio per i quali non vi è stata alcuna convocazione da parte della Referenza regionale, né alcun atto di indirizzo.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

**Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata**

<p>Obiettivo aziendale :</p> <p>Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISSR</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1) Codifica con ICD9-CM e i caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie.</p> <p>2) Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p> <p>3) Monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCS.</p> <p>3a) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è&gt;90% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è&gt;75%</p> <p>3b) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della Valgraf (con PAI si)è&gt;70% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della Valgraf (con PAI si)è&gt;50%</p>
--	---

<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il risultato è parzialmente raggiunto.</p> <p>DAI: Diagnosi sì 84,6% obiettivo raggiunto al 50%</p> <p>PAI sì con Val Graf 65,7% obiettivo raggiunto al 50%</p> <p>DBI: Diagnosi sì 96,1% obiettivo raggiunto</p> <p>PAI sì con Val Graf 19% obiettivo non raggiunto</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>La carenza di supporto informatico per l'inserimento dei dati in tempo reale ha di necessità privilegiato l'attività clinica rispetto all'inserimento dei dati.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>1) Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti:</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborazione nella formulazione di una proposta di nuova classificazione delle residenze per anziani presenti sul territorio aziendale da sottoporre al parere della Conferenza dei sindaci.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In attesa di indicazioni da parte della Direzione Centrale</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<b>NON È STATO DATO AVVIO AL PROCESSO DI RICLASSIFICAZIONE</b>
<p>2) Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali funzionanti</p>	<p>Per ogni domanda di autorizzazione pervenuta, tutte le ASS danno evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di ispezione presso il servizio,</li> <li>- Rilascio di atto autorizzativo ovvero comunicano al richiedente i motivi ostativi all'accoglimento della domanda.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'attività è allineata rispetto al percorso di autorizzazione.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica e approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati negli anni precedenti;</li> <li>- Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita;</li> <li>- Monitoraggio del requisito (con relativi criteri e standard) scelto nei PAL 2013 ed attivazione di un percorso di promozione della qualità in almeno 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del</li> </ul>

	<p>territorio aziendale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione di una relazione illustrativa dell'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>DBI:</p> <p>Realizzata una nuova visita di audit approfondita presso Casa Albergo di Monfalcone.</p> <p>Nelle strutture di Ronchi dei Legionari, Grado e Monfalcone sono stati verificati due percorsi di miglioramento della qualità sulla conservazione e sulla gestione dei farmaci ed è stata condivisa l'adozione del Foglio Unico di Terapia per una migliore tracciabilità dell'intero percorso prescrizione, preparazione, somministrazione/assunzione dei farmaci.</p> <p>DAI:</p> <p>Effettuate verifiche Casa di Riposo Gradisca, Villa S. Giusto Gorizia e Casa di Riposo Cormons; effettuato incontro con tutti i responsabili Case di Riposo, predisposta e consegnata check-list per autovalutazione delle strutture in collaborazione con Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, SIAN e Farmacia</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>4) Sistemi informativi:</p> <p>Tutte le ASS devono monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Tutte le ASS danno evidenza delle proprie verifiche e delle eventuali sollecitazioni circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati;</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati;</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate;</li> <li>- la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'"Offerta residenziale" prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura delle strutture residenziali per anziani convenzionate, nonché la verifica della completa compilazione del documento in ogni sua sezione</li> </ul>

Attuazione al 31.12.2014 Il debito informativo viene assolto regolarmente ed i flussi previsti sono visibili in rete.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5) Convenzione Tutte le ASS provvedono ad adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione.	Entro il 31/12/2014, tutte le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani sono aggiornate sulla base dello schema tipo regionale.
Monitoraggio al 31.12.2014 Le convenzioni sono regolarmente rinnovate utilizzando la proposta regionale - Casa di riposo Corradini-De Gressi-Argo - Casa Albergo via Crociera Monfalcone - Casa Serena di Grado - Sereni Orizzonti - Casa Culot di Gorizia - Casa San Salvatore di Gradisca Servizi semiresidenziali: - Casa riposo Corradini e centro Argo - Casa Albergo via Crociera Monfalcone - Casa Serena Grado	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È STATO ADOTTATO LO SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE</b>
6) Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Tutte le ASS provvedono a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.	Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.
Monitoraggio al 31.12.2014 Per tutti gli utenti è presente una valutazione ValGraf propedeutica all'accoglimento nei servizi semiresidenziali e residenziali,	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate**

Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultati attesi Proseguire nelle attività svolte nel 2013
---	---

Attuazione al 31.12.2014

Negli affidamenti diretti effettuati dai Servizi Generali è stata sempre valutata la possibilità di procedere mediante convenzioni con cooperative sociali di tipo B.

Rinnovato convenzione movimentazione merci con Coop. Soc. Il Grande Carro.

Affidato servizio rilegatura registri alla Coop. Soc. Lavoratori Uniti F. Basaglia.

Affidato trasporto sieri per tipizzazione alla Coop. Soc. Il Grande Carro.

Per tutto l'anno la Direzione del DSM, avvalendosi Anche della "Segreteria Abilitazione e residenze" ha provveduto a coordinare le attività dei due CSM inerenti l'inserimento lavorativo di persone in carico al DSM.

Il Direttore ha mantenuto anche nel corso del 2014 il compito di Presidente del Comitato Tecnico provinciale per l'applicazione della legge 68 in tema di inserimento lavorativo delle persone invalide.

Al fine di promuovere la conoscenza e l'applicazione della "clausola sociale" in ambito ASS 2 la Direzione ha promosso un incontro di sensibilizzazione con il Responsabile della Direzione Amministrativa di Presidio per la definizione delle condizioni di clausola sociale in previsione della gara di appalto per la funzione di lavanderia. Inoltre si è promosso un incontro con il Servizio Affari Generali in merito alla gestione della funzione magazzino in cui abbiamo offerto anche la disponibilità per una eventuale presenza in commissione di valutazione.

A seguito degli incontri presso il "Centro per l'impiego" di Monfalcone, che ha visto la partecipazione dell'Ambito Basso-Isontino, dell'ente di formazione ENFAP e del CSM-Basso Isontino, sono stati sviluppati progetti per corsi di formazione relativi all'area dello svantaggio; è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale (Sert – Csm – Sppga) che si è incontrato otto volte trattando il tema della revisione/aggiornamento/uniformità del regolamento relativo alla attivazione delle Borse lavoro; sono stati previsti ed attuati corsi di formazione sulla sicurezza (in collaborazione con il Sppga) a cui hanno partecipato borsisti e tirocinanti. Due sono gli inserimenti congiunti con il SIL (legge 68).

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

#### **Linea 1.3.4.10 Programma di superamento ospedali psichiatrici giudiziari**

Obiettivo aziendale

- Monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG.
- Presa in carico da parte dei CSM competenti delle persone attualmente presenti in OPG ed elaborazione del progetto terapeutico individuale e realizzazione di azioni adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale.

Risultato atteso:

Report di monitoraggio per ASS  
100% delle persone internate con progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente.

Attuazione al 31.12.2014

Nell'arco dell'anno la Direzione del DSM ha operato sia a livello di Direzione Centrale regionale che a livello di coordinamento dei direttori dei DSM regionali contribuendo al percorso che ha portato alla stesura del documento presentato alla Direzione Centrale : "Definizione del "Programma

regionale di Spesa Corrente per gli anni 2012 e 2013 per gli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) – Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3 ter".

La Direzione inoltre ha sostenuto gli interventi di costruzione dei singoli progetti in riferimento ai pazienti dei CSM in uscita dall' OPG.

Il CSM AI ha operato tempestivamente affinché si predisponesse un programma di uscita del Sig C.F. in carico al CSM e al Sert, inviato in precedenza in Osservazione presso l'OPG di Reggio Emilia. Più volte gli operatori del CSM si sono recati in OPG per tenere la relazione e concordare un percorso di uscita. Poco prima della fine dell'anno il Magistrato ha predisposto, in accordo con i medici della struttura e con gli operatori del CSM l'accoglienza del paziente nella Comunità per doppia diagnosi in Piemonte indicata dal personale sanitario di Reggio Emilia.

Si è avviato, in accordo con il legale del paziente e con i medici dell'OPG, il percorso per far uscire il Sig G.G. inviato nell'ultimo periodo dell'anno in osservazione in OPG, e per il quale si attende la sua adesione al progetto.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% sul totale
2006	117,0	117,0	117,0	100%
2007	700,0	700,0	700,0	100%
2008	-	-	-	-
2009(*)	1.939,0	1.763,2	1.939,0	100%
2010(*)	2.654,3	1.953,0	2.500,9	94%
2011(*)	1.830,0	1.753,8	1.816,7	99%
2012	1.040,9	946,2	980,9	94%
2013	1.633,1	458,5	584,4	36%
2014	1.063,4	-	391,6	37%

(\*) Importi dei piani 2009, 2010, 2011 soggetti a riprogrammazione dei finanziamenti ex LR 27/2012 art. 8, DGR 2262/2013

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	7.961,1	7.961,1	1.033,7	1.343,9	1.130,6	141,3
2007	1.105,3	1.105,3	262,4	1.405,7	1.307,0	164,4
2008	385,9	385,9	73,4	1.502,1	948,4	116,6

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
Tac multistrato	P.O. Gorizia	2013	300,0		in attesa di valutazione da parte del NVISS	in attesa di valutazione da parte del NVISS
Riscatto TAC	P.O. Monfalcone	2013	130,0		in attesa di valutazione da parte del NVISS	in attesa di rivalutazione da parte del NVISS
Sistema Diagnostico Radiologico d'Urgenza	P.O. Monfalcone	2013	250,0		in attesa di valutazione da parte del NVISS	in corso
Microscopio	P.O. Monfalcone	2014	120,0		-	in corso
Ecotomografo	P.O. Gorizia	2014	100,0		-	in corso

(importi espressi in migliaia di euro)

STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 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		0,0%	444,0	9,1%	694,0	45,4%	300,0	5,7%
Cantieri in corso		0,0%		0,0%		0,0%	2.100,0	39,8%
Opera conclusa	13.688,0	100,0%	4.431,0	90,9%	836,0	54,6%	2.870,0	54,5%
<b>Totale</b>	<b>13.688,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.875,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.530,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.270,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2009		Piano 2010 (*)		Piano 2011 (*)		Piano 2012	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.841,0	%	1.653,5	%	1.250,0	%	1.162,0	%
Progettazione in corso		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Progettazione conclusa	422,0	22,9%		0,0%	335,0	27,0%	35,0	3,0%
Cantieri in corso		0,0%	250,0	15,1%	250,0	20,2%		0,0%
Opera conclusa	1.419,0	77,1%	1.403,5	84,9%	655,0	52,8%	1.127,0	97,0%
<b>Totale</b>	<b>1.841,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.653,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.240,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.162,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2013		Piano 2014	
	Risorse regionali		Risorse regionali	
	100,0	%	3.005,8	%
Progettazione in corso		0,0%	2.125,8	70,7%
Progettazione conclusa		0,0%	170,0	5,7%
Cantieri in corso		0,0%	312,0	10,4%
Opera conclusa	100,0	100,0%	398,0	13,2%
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.005,8</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importi dei piani 2005, 2006, 2007, 2010, 2011 soggetti a riprogrammazione dei finanziamenti LR 27/2012 art. 8, DGR 2262/2013, DGR 2672/2014

(importi espressi in migliaia di euro)

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

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro <u>30/07/2014</u> redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale</li> <li>- Laboratorio di analisi clinica e microbiologia;</li> <li>- Attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare</li> <li>- Preparazione farmaci antiblastici</li> </ul> <p>b) Entro <u>30/09/2014</u> redazione condivisa di un <u>progetto di riorganizzazione per:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> </ul> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>a) Con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A la CAV comunicava alla Direzione Centrale che, vista la proposta di riordino istituzionale ed organizzativo presentato dalla Regione, intendeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sospendere le attività, anche progettuali, relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riorganizzazione della Farmacia ospedaliera</li> <li>- Riorganizzazione della Farmacia territoriale</li> <li>- Ipotesi di aggregazione di funzioni dei dipartimenti di prevenzione e delle dipendenze</li> </ul> </li> <li>• proseguire la fase progettuale della riorganizzazione della Preparazione farmaci antiblastici definendo, entro il prossimo mese di luglio, il crono programma attuativo;</li> <li>• proseguire il progetto di riorganizzazione per attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare, approvando entro il prossimo mese di luglio la fase sperimentale</li> <li>• proseguire l'attività prevista dalla Linea progettuale n. 1.3.3.8 relativa alla ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone.</li> </ul> <p>Con lettera di prot. n° 52330 /A del 31-07-2014, oltre a confermare gli indirizzi operativi definiti nella CAV del 29-6 ed inviati alla Regione con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A sono stati inviati i progetti di riorganizzazione relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- progetto di riorganizzazione del Laboratorio di analisi clinica e di microbiologia di Area Vasta</li> <li>- progetto di riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica ed di altri interventi di chirurgia</li> </ul>	

<p>non oncologica generale, urologica e vascolare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- progetto di riorganizzazione della preparazione farmaci antitumorali</li> <li>- Documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti relativo alla Linea progettuale n. 1.3.3.8 "ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone".</li> </ul> <p>b) Il progetto di riorganizzazione del servizio di Radiologia su Area Vasta è stato condiviso dalla CAV Udinese e trasmesso alla Direzione Centrale con prot. n. 0065500 /A del 30-09-2014</p> <p>c) Le progettualità approvate non sono state attuate.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>c) Le progettualità approvate non sono state attuate a seguito dell'approvazione della Legge Regionale di riordino del SSR (L.R. n. 17/2014) e la conseguente revisione dei livelli di responsabilità.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<p><b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>b) OBIETTIVO STRALCIATO (A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR)</b></p>

<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Predisposizione di un piano di revisione da trasmettere alla Regione entro il 31-3-2014 (vedi capitolo 1.2. dell'Accordo di Area Vasta).</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Il Piano di revisione è stato predisposto da parte della Conferenza di Area Vasta ed è stato inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851 del 31-3-2014</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.2 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

<b>Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione integrata delle malattie croniche, della continuità assistenziale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Redazione del Piano dell'Assistenza Primaria e trasmissione alla DCSISSPS entro giugno 2014.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Con nota prot 0011817/P del 25/06/2014 la Direzione Centrale ha prorogato la scadenza di presentazione al 31/07/2014. L'ASS 3 ha trasmesso alla Direzione Centrale con nota prot 0016064 del 30/06/2014 il Piano dell'Assistenza Primaria riservandosi di inviare entro la scadenza della proroga la versione definitiva con le osservazioni dei MMG. Con nota prot 18942</p>	

del 31/07/2014 la Direzione Aziendale ha trasmesso il Piano dell'Assistenza primaria approvato con delibera n. 214 del 31/07/2014

**Valutazione Direzione centrale salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

### 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

#### **Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi**

##### **Linea comune di Area Vasta**

Obiettivo aziendale

Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013

Risultato atteso

a) Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013

b) Nuovi progetti gestionali amministrativi

c) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico – amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31-3-2014 Entro il 31/12/2014 attuazione del piano

Attuazione al 31/12/2014:

Il Piano di lavoro generale (convenzione quadro per l'aggregazione delle funzioni amministrative e tecniche dell'Area Vasta Udinese), che comprendeva sia il prosieguo delle attività 2013 sia i nuovi progetti gestionali, è stato elaborato ed inviato in Regione con nota n. 22851 del 31-3-2014.

In merito alla loro attuazione sono stati attuati i progetti relativi a:

Servizio Ispettivo: Costituito e regolamentato con del. n. 63 del 28/03/2014, ha regolarmente operato nel corso dell'anno .

Piano di formazione è stato predisposto e inviato alla Direzione Centrale con nota dell'ASS4 (in qualità di capofila) n. 22851 del 31-3-2014.

Nucleo controlli sulle attività erogate da Privati accreditati: Costituito e regolamentato con del. n. 140 del 15/05/2014; programma annuale di lavoro approvato dalla CAV il 10-7-2014 e, da ultimo, comunicazione, con la nota n. 69346 del 15-10-2014, alla Direzione Centrale Salute dell'attuazione della DGR n. 1321 del 11-7-2014, mentre per le altre attività previste, la CAV, ha concordato la sospensione dell'attuazione e ne ha dato informazione alla Regione con nota della Conferenza di Area Vasta Udinese n. 44730 del 30-6-2014.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

c) la sospensione dell'attuazione è stata determinata dall'approvazione della Legge Regionale di riordino del SSR (L.R. n. 17/2014) e la conseguente revisione dei livelli di responsabilità.

**Valutazione Direzione centrale salute**

**OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR**

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale Predisposizione e attuazione di una programmazione comune di Area Vasta sulla formazione.	Risultato atteso Predisposizione del programma di Area Vasta sulle aree comuni individuate entro il 31-3-2014. Attuazione del programma.
Attuazione al 31/12/2014: Il programma formazione dell'Area Vasta Udinese è stato predisposto e approvato dalla Conferenza di AVUD ed inviato alla Direzione Centrale con nota dell'ASS4 (in qualità di capofila) n. 22851/A del 31-03-2014. A parte due corsi, tutti gli altri previsti di competenza dell'ASS 3 sono stati effettuati.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Non sono stati effettuati i seguenti corsi: - "le dipendenze iatrogene": in quanto il carattere innovativo dei contenuti e la loro rilevanza sull'operatività clinico assistenziale ha imposto ulteriori approfondimenti nella preparazione che hanno determinato l'impossibilità della scadenza anno 2014 - "triage di Pronto Soccorso": in quanto il personale neoassunto e neo inserito, a cui era dedicata la formazione, era in numero insufficiente per ottenere l'accreditamento ECM	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Omogeneizzazione delle procedure amministrative di accesso agli eventi formativi	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli di lavoro ed elaborazione di un documento di Area Vasta
Attuazione al 31/12/2014: L'Azienda ha assicurato la partecipazione al tavolo di lavoro che ha predisposto una "Proposta di Regolamento Formazione di Area Vasta Udinese".	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Raccordo con la programmazione precedente: L'ASS3 ha già provveduto ad adottare la firma digitale in tutte le strutture aziendali	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli	Risultato atteso: Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi

applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF
Attuazione al 31/12/2014: L'ASS3 ha ottemperato a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Risultato atteso: Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
Attuazione al 31/12/2014: Completezza nella compilazione pari al 100 %	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.3 Pronto soccorso</b>	
Obiettivo aziendale: Installazione applicativo dedicato	Risultato atteso: conclusione dell'attività entro il 30/06/2014
Attuazione al 31/12/2014: In data 10/06/2014 è stato effettuato l'ultimo aggiornamento formativo per medici ed infermieri. L'avviamento è terminato il 28 marzo presso l'ospedale di Gemona e l'11 aprile presso l'ospedale di Tolmezzo.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso: 1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20 dlgs 196/03.
Attuazione al 31/12/2014: - Nel corso del 2014 è proseguita attivamente l'attività di inserimento a sistema del consenso al trattamento dei dati personali - Nel corso del 2014 l'ASS3 non ha recepito il regolamento ex art. 20 dlgs 196/03.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso - Nel corso del 2014 non è stato promulgato il regolamento di competenza regionale ex art. 20	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
L'Ass3 ha già attivato il sistema di order entry/gestore richieste	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso: Gli esami sono disponibili nel repository regionale
Attuazione al 31/12/2014: Dall'anno 2012 tutti gli esami radiologici sono disponibili nel repository regionale. Per quanto riguarda l'ecocardio, dal 2008 in ASS3 è utilizzato il sistema EchoCOMPACS per l'archiviazione degli esami ecocardiografici (e non il PACS regionale attivato nel 2012). Dal settembre 2009 sono iniziati i lavori e le richieste ad Insiel ed alla Direzione Centrale per le attività di interfacciamento (profili di integrazione) del sistema in uso con i sistemi informativi regionali. Anche dopo l'avvio del PACS regionale tale attività non è mai stata concretizzata.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Nonostante le richieste alla Direzione centrale e ad INSIEL l'interfacciamento tra EchoCOMPACS e il sistema regionale non è stato realizzato né sono state comunicate le specifiche tecniche per l'interfacciamento.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NECESSARIO DEFINIRE IL PERCORSO PROPEDEUTICO. ATTIVITÀ PER IL 2015</b>
Obiettivo aziendale: Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.	Risultato atteso: Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.
Attuazione al 31/12/2014: È stata indetta una prima riunione in data 11.09 u.s. con un cronoprogramma di massima per l'estensione del progetto PACS regionale alle Strutture Operative di Ostetricia. Gli ecografi in dotazione ad ASS3 richiedono degli upgrade software per l'interfacciamento con il sistema PACS. Tale attività di upgrade verrà effettuata con il coordinamento e le tempistiche del gruppo PACS regionale.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Nel 2014 non è pervenuta alcuna indicazione da parte del gruppo regionale in merito alle	

modalità e tempistiche di interfaccia degli ecografi in dotazione alle Ginecologie con il sistema PACS regionale	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> L'ESTENSIONE DEL SISTEMA PACS ALLA DIAGNOSTICA OSTETRICO/GINECOLOGICA È SLITTATA AL 2015
Obiettivo aziendale: Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.	Risultato atteso: Le aziende collaborano con il DSC alla: mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG. verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG. valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati). individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.
Attuazione al 31/12/2014: Al 31/12/.2014 non risulta pervenuta alcuna richiesta e/o comunicazione da parte del DSC e/o da parte del gruppo PACS regionale inerente il tema dell'archiviazione dei tracciati ECG.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Al 31/12/.2014 non risulta pervenuta alcuna richiesta e/o comunicazione da parte del DSC e/o da parte del gruppo PACS regionale inerente il tema dell'archiviazione dei tracciati ECG. Si precisa che il sistema EchoCOMPACS presente in ASS3 viene usato anche per la memorizzazione dei tracciati ECG intra ed extra-ospedalieri.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Attività specialistica ambulatoriale:</p> <p>Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2014, risulta che sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero, con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio di aprile 2014: si sono registrati tempi critici per la visita endocrinologica in classe Differita e Programmata presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Udine, unico erogatore della prestazione in Area Vasta.</li> <li>• Monitoraggio di luglio 2014: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni in classe D e P della visita endocrinologica (1.117 utenti in attesa), per le prestazioni radioterapiche e per la classe D (entro 30 gg) della visita urologica;</li> <li>• Monitoraggio di ottobre 2014 e gennaio 2015: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni a 30 e 180 gg della visita endocrinologica (1.036 utenti in attesa) e per le prestazioni di radioterapia presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Udine, unico erogatore in Area Vasta.</li> </ul> <p>Altre prestazioni hanno presentato potenziali criticità nel corso del 2014 per tempi/n° utenti in attesa: mammografia, ecografia mammella, RM pelvi/prostata/vescica, RM encefalo e colonna vertebrale, visita ginecologica, visita fisiatrica. Alcune difficoltà a garantire i tempi d'attesa in AV derivano dalla mancanza di continuità dell'offerta presso le strutture private accreditate, soprattutto per le prestazioni di diagnostica radiologica.</p> <p>Per fronteggiare le criticità, le Aziende dell'AV hanno definito e adottato criteri di accesso e prenotazione per la diagnostica della mammella, distinguendo i primi accessi con/senza segni o sintomi dalle successive ripetizioni degli esami per screening. Sono stati inoltre definiti e adottati dalle Aziende dell'Area Vasta criteri clinici di accesso alla visita fisiatrica in età adulta e pediatrica (&gt;2 anni di età) che verranno progressivamente applicati alle agende di prenotazione.</p> <p>Attività di ricovero:</p> <p>I tempi d'attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero non presentano sostanziali criticità alle giornate indice; tuttavia si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoarteriectomia carotidea (60gg): l'intervento viene effettuato presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Udine che registra tempi elevati (&gt;100gg) e presso l'ospedale di Tolmezzo (41 gg a gennaio 2015). Al monitoraggio di luglio tutte le rilevazioni erano &gt;60gg.</li> <li>• Interventi per neoplasie (30gg): al monitoraggio di luglio e di ottobre si rilevano tempi critici presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Udine (in particolare per le neoplasie di competenza uro-ginecologica), comunque rientrati nei 30 gg nell'ultimo trimestre 2014 (monitoraggio gennaio 2015).</li> </ul>	

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
Attuazione al 31/12/2014: Si rimanda alla tabella dei volumi per le prestazioni identificate come critiche/potenzialmente critiche, che riporta i valori 2013/2014 ed il confronto con gli impegni espressi nei PAL/PAO dell'Area Vasta Udinese. I volumi erogati risultano complessivamente superiori agli impegni 2014, anche se per tutte le prestazioni si registra una contrazione rispetto i volumi erogati nel 2013.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31/12/2014: Il materiale informativo e le procedure di Area Vasta non sono state aggiornate	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Non sono pervenute dalla Regione indicazioni per aggiornare le prestazioni per le quali attivare il percorso di garanzia in caso di superamento in AV dei limiti di tempo massimo previsti dalla normativa	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono i continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso: Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 (range ASS 3: 1,7 – 2 %).
Attuazione al 31/12/2014: Per l'anno 2014 il rapporto è di 1,65 % (libera professione = 15.742, attività istituzionale = 952.832)	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende	Risultato atteso: Sono trasmessi entro i termini definiti dalla

partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31/12/2014: Sono stati trasmessi entro i termini previsti dalla DCSPS i dati relativi ai monitoraggi nazionale e regionali dei tempi di attesa sulle attività istituzionali e ALPI compresi i volumi erogati.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
Attuazione al 31/12/2014: La Direzione Centrale Salute ha formalizzato nel 2014 i criteri di priorità per le prestazioni di visita gastroenterologica/endoscopia digestiva, visita dermatologica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, oculistica e urologica: i primi due documenti erano già stati adottati dalle Aziende dell'AVUD nel 2013 e sono applicati correntemente alle agende di prenotazione degli erogatori pubblici e privati; per gli altri criteri, è stata data comunicazione ai MMG/PLS e agli specialisti delle strutture aziendali, sono stati applicati alle agende di prenotazione secondo le disponibilità locali e comunque entro quattro mesi dall'emanazione. E' stato aggiornato e integrato con le nuove priorità il documento "Raccolta dei criteri di priorità per visite e prestazioni ambulatoriali", disponibile sui siti Internet delle quattro aziende dell'Area Vasta Udinese e ne è stata data comunicazione ai prescrittori. Non è stata attivata la formazione regionale dei professionisti sull'applicazione delle priorità alla specialistica ambulatoriale.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali</b>	
Obiettivo aziendale: Attuazione del programma vaccinale, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso l'azione dei pediatri e mmg in collaborazione con gli altri stakeholders	Risultato atteso: Coperture vaccinali come da tabella indicatori LEA varicella: 50%
Attuazione al 31/12/2014: Copertura vaccinale per antivaricella coorte 2012 (tabulato INSIEL SAN 11 KP 014-A2 del 14/1/2015): 67,5%	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>IN LINEA CON QUANTO GENERALMENTE RILEVATO SU BASE NAZIONALE OVVERO IL PEGGIORAMENTO COMPLESSIVO DEI TASSI DI COPERTURA VACCINALE, COME RILEVATO ANCHE NEL RESTO DELLA REGIONE</b>
Obiettivo aziendale: Mantenere la rilevazione attiva degli eventi avversi alle vaccinazioni	Risultato atteso: Report sugli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella
Attuazione al 31/12/2014: Gli eventi avversi sono stati tempestivamente rilevati e registrati. Nel corso dell'anno rilevate 23 reazioni avverse di cui 18 riferite al vaccino quadrivalente MMRV	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili "La prevenzione va a scuola"	Risultato atteso: Evidenza di iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi prima infanzia
Attuazione al 31/12/2014: Le linee guida regionali sono state diffuse negli Istituti scolastici con nota prot 35641/10613 dip del 23/12/2013	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione	Risultato atteso: Incremento delle segnalazioni di malattie infettive correlate al test da parte dei Dipartimenti Dipendenze ai Dipartimenti di Prevenzione (report)
Attuazione al 31/12/2014: Dal gestionale MPF si evidenzia una percentuale complessiva di testati nel 2014 del 77 % a fronte di un 16 % nel 2013	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
Obiettivo aziendale: Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso: Vedi tabella indicatori LEA
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Si riportano di seguito i valori comunicati dalla Direzione Regionale e pubblicati sul portale:</p> <p>4.a inviti al programma screening cervice uterina: 100 %</p> <p>4.b Coperture del programma screening cervice uterina: 60,47 %</p> <p>5 Coperture del programma screening mammella: 55,33 %</p> <p>6 Coperture del programma screening colon retto: 48,5 %</p> <p>L'indicatore 34 "Refertazione entro 30 gg per screening mammografico" si attesta ad un valore pari al 95,7 %</p> <p>L'indicatore 35 "Compilazione cartella endoscopica" si attesta ad un valore pari al 91,36 % per OC Gemona e 89,93 % per OC Tolmezzo</p> <p>L'indicatore 36 "Attesa tra fobt e colonscopia minore di 30 gg" si attesta ad un valore pari a 90,20 % per OC Gemona e 92,66 per OC Tolmezzo</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>INDICATORE 5 NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>INDICATORE 6 RELATIVO AL COLON, CON L'AGGIORNAMENTO DEI DATI, RISULTA PARI AL 50,2% E QUINDI RAGGIUNTO</b></p> <p><b>INDICATORE 35 SECONDO I DATI REGIONALI RISULTA PARIMENTI RAGGIUNTO (96,91% GEMONA, 98,96% TOLMEZZO)</b></p>
Obiettivo aziendale: Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Risultato atteso: Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>La percentuale di early recall per l'unità senologica di Tolmezzo si attesta al 18,6 %</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepimento delle indicazioni di controllo ravvicinato fornito da strutture extra aziendali</li> <li>- Comportamento troppo prudentiale da parte dei professionisti aziendali.</li> </ul> <p>Sono già state attivati gli opportuni correttivi per l'anno 2015</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Organizzazione di un corso regionale in merito alle modalità di intervento ispettivo da parte del personale con qualifica di UPG</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Collaborazione con il gruppo Regionale dei Direttori di Dipartimento di Prevenzione per la definizione di una proposta condivisa di un unico corso formativo per tutto il personale UPG afferente ai Dip prevenzione che preveda anche il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con i fondi di cui all'art. 13 c. 6 D.Lgs 81/08.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Il corso, il cui programma è stato predisposto e successivamente discusso con i Direttori di Dipartimento, non è stato avviato nel corso del 2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Iniziative di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione su macchine agricole e fitosanitari – anche interaziendale- in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint, ASS2, INAIL (da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08) del personale del Dipartimento di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive;</li> <li>- Partecipazione alla definizione, di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, a partire dalla selezione/identificazione delle macchine d'interesse, da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole, finalizzata a rendere omogenei gli interventi ispettivi su tutto il territorio regionale. La lista sarà resa disponibile ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento</li> <li>- Realizzazione di ispezioni in 90 aziende agricole visitate complessivamente in regione per macchine e fitosanitari, suddivise secondo il peso del comparto agricolo nei singoli territori (il dato verrà fornito entro febbraio dal gruppo regionale agricoltura coordinato dal SPSAL ASS 5)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ASS3 ha partecipato con i propri operatori alla formazione su macchine e fitosanitari organizzata dall'ASS5 nelle giornate del 12 e 13 maggio presso il Dipartimento di Scienze Agrarie Università di Udine e al corso di addestramento pratico macchine agricole organizzato sempre</li> </ul>	

<p>dall'ASS 5 nella giornata del 20 maggio presso la sede del Consorzio Agrario di Orgnano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gli operatori individuati hanno partecipato al tavolo di lavoro ed è stata prodotta la lista di controllo, già presentata dalla referente regionale del Gruppo Agricoltura alle OO datoriali e sindacali del settore.</li> <li>- L'ASS 3 ha effettuato 6 ispezioni (numero definito dal Gruppo Regionale Agricoltura nella riunione del 26/02/2014), di cui 3 sui fitosanitari negli "utilizzatori" e 3 sulle macchine agricole.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Prevenzione nel comparto edile	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione alla definizione di una check list operativa regionale c ondivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (proponendo anche indicazioni in merito alla semplificazione). La check list dovrà essere resa trasparente ai sensi art 25 L- 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento.</li> <li>- Partecipazione di tutti i SPSAL ad incontro regionale organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza da svolgersi anche direttamente nei cantieri con riferimento all'art. 10 D.Lgs. 81/08</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ASS3 ha collaborato alla definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (agli atti la check list prodotta) La Check list è stata restituita via mail ai Responsabili PSAL e al Coordinatore Regionale PSAL dott. Venturini Carlo in data 27/11/2014 dal Coordinatore del Gruppo Regionale Edilizia. Il Comitato di Coordinamento ex art. 7 non è mai stato convocato nel 2014.</li> <li>- In data 26/06/14 si è svolto l'incontro con gli organismi paritetici, il programma condiviso è stato inviato ai Responsabili PSAL e al Coordinatore PSAL della Regione per l'approvazione e l'inserimento dello stesso nei programmi del futuro PRP.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Progetti nazionali	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Potenziamento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL), denominati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) INFORMO (infortuni gravi e mortali)</li> <li>2) MALPROF</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <p>3. Inserimento nel programma INFORMO dei casi, a partire da quelli rientranti nella casistica indicata nelle Azioni e Interventi d'infortunio grave o mortale (e comunque almeno 60) trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO coordinato dall'ASS 6</p>

	<p>Friuli occidentale tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio di dati disponibili.</p> <p>4. Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>1) Sono stati inseriti nel sistema INFORMO i 4 casi previsti per l'ASS 3 (numero casi definito dal Gruppo Regionale Informo nella riunione del 18/03/2014).</p> <p>2) Sono state inserite tutte le malattie trattate corrispondenti ai criteri citati: l'arretrato del 2013 pari a 33 casi su 33 ed i casi del 2014 pari a 28 su 28 (100%). In totale inseriti n. 61 casi</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Amianto</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Rilancio attività ex esposti ad amianto</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.</li> <li>- Partecipazione alla realizzazione del corso di formazione organizzato dal CRUA relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche e indirizzato ai medici competenti delle Aziende interessate</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>L'attività è in linea</p> <p>Non è stato segnalato alcun caso di mesotelioma nel 2014.</p> <p>L'iniziativa è stata effettuata il 21 maggio 2014 e l'ASS 3 ha partecipato sia alla realizzazione del corso sia con l'esposizione di un proprio contributo tecnico.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie professionali osteoarticolari</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Partecipazione al corso regionale organizzato dall'ASS 6 in collaborazione con l'INAIL anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>1) Gli operatori aziendali hanno partecipato al corso regionale organizzato dall'ASS 6 in</p>	

<p>collaborazione con l'INAIL in data 11/11/14</p> <p>2) sono inoltre state effettuate due attività formative sul rischio ergonomico, in data 4/6/14 presso Confindustria Udine per l'Area Vasta Udinese, a cui hanno partecipato consulenti e RSPP aziendali, e in data 24/9/14 con OO. datoriali artigiani a Tolmezzo.</p> <p>3) sono state inviate agli Ordini dei Medici provinciali alcune comunicazioni inerenti il tema, per la pubblicazione sui bollettini, ed è stato preparato un opuscolo per lavoratori che verrà stampato prossimamente (con fondi INAIL/AAS fino ad ora non disponibili).</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Conoscenza del territorio e delle specificità</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Conoscenza delle specificità territoriali sulla cui base impostare progetti di prevenzione coordinati tra le diverse AA.SS.SS.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Collaborazione alla produzione di un documento che a partire dai dati dei nuovi flussi informativi su aziende, dipendenti, infortuni e malattie professionali, individui specificità e criticità tali da poter pianificare degli interventi coordinati a livello interaziendale o regionale su specifici comparti e/o settori produttivi</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>In data 31/12/2014 con nota prot. 32613 sono stati trasmessi alla DCS i seguenti documenti:</p> <p>1) andamento delle malattie professionali in FVG;</p> <p>2) analisi di fattibilità Sportello Unico A.S.S. / INAIL per le malattie professionali;</p> <p>3) criteri di attribuzione del nesso causale della patologia della spalla.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Collaborare all'identificazione delle variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>L'ASS 3 ha partecipato alle riunioni tra i medici competenti delle AASS della regione FVG nelle date 26/06/2014, 05/08/2014, 08/10/2014 e 09/12/2014 ed è stato prodotto uno schema in formato excel per la raccolta dei dati di sorveglianza sanitaria.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'allattamento al seno</li> <li>- diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della attuazione dei programmi di:</li> <li>- Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65 % dei vaccinati (rif. SIASI).</li> <li>- Diffusione delle Linee di indirizzo nei servizi prima infanzia, verifica dell'applicazione e report finale</li> <li>- Diffusione delle Linee di indirizzo sulla ristorazione collettiva nelle scuole primarie, verifica dell'applicazione e report finale</li> <li>- diffusione Linee di indirizzo sulla distribuzione automatica nelle scuole secondarie, verifica dell'applicazione e report finale)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allattamento al seno: al 31/12/2014 evidenza di n. 397 schede di rilevazione registrate e archiviate su 521 nati pari al 76 % (Fonte Portale SISSR in data 30/03/2015). Dai dati in possesso all'Azienda le schede inserite risultano essere vicine al 100 %, si ritengono pertanto non correttamente aggiornati i dati del portale Sissr</li> </ul> <p>Nell'anno 2014 sono stati vaccinati per seconda dose di esavalente n. 411 soggetti e sono presenti 356 schede di rilevazione pari al 87 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le linee di indirizzo sono state diffuse con nota prot. n. 35641/10613 DIP del 23/12/2013 alle scuole della prima infanzia e primarie e con nota prot. n. 35642/10614 Dip del 23/12/2013 alle scuole secondarie.</li> </ul> <p>Il report finale non è stato prodotto</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>La mancanza di una dietista, figura professionale competente, ha impedito l'esecuzione della verifica dell'applicazione ed il conseguente report.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti e degli stakeholders coinvolti</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Effettuati n. 2 incontri nel 2014, il primo all'Università della Terza Età di Tolmezzo (sede di Tolmezzo) in data 16 ottobre 2014, e il secondo all'Università del Tempo Libero di Tarvisio, in data 16 dicembre 2014, rivolti a soggetti che rivestono funzione di stakeholder e opinion leader per le proprie comunità di riferimento (volontariato, associazionismo, Amministrazione locale, imprenditoria,...). L'impostazione degli incontri è stata a carattere seminariale e interattivo,</p>	

tarando l'esposizione su interessi e domande dell'aula, utilizzando materiali didattici (slides e video) di produzione regionale, integrati con materiali autoprodotti. La tematica è stata "Sicuri alla guida ad ogni età", coerentemente all'obiettivo aziendale.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività formative sulla Prevenzione incidenti domestici orientate al target anziani e bambini	Risultato atteso: Evidenza delle azioni informative/formative svolte e degli stakeholders coinvolti

Attuazione al 31/12/2014:

Per il target anziani sono stati effettuati 4 interventi sul tema:

- 1) il 12 marzo presso l'Università della Terza Età di Tolmezzo – sede di Ampezzo con circa 10 partecipanti
- 2) il 30 ottobre presso l'Università della Terza Età di Tolmezzo con circa 20 partecipanti
- 3) il 21 novembre presso il Centro di Aggregazione per anziani di Lauco con circa 25 partecipanti
- 4) il 10 novembre nel comune di Artegna con la collaborazione dell'amministrazione comunale

Per il target minore:

- 5) realizzazione e diffusione di video per la web tv aziendale
- 6) incontro in data 07 aprile rivolto ai genitori degli alunni delle scuole dell'infanzia e primarie dell'Istituto Comprensivo di Trasaghis, in collaborazione con l'Istituto stesso e le Amministrazioni comunali afferenti
- 7) prosecuzione della collaborazione con ASS4 al progetto "Lusoruts e cerots" ed in collaborazione con l'I.C. di Tolmezzo

Inoltre si è provveduto a diffondere le Raccomandazioni regionali incidenti domestici tra i professionisti dei servizi aziendali

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute 1 Contrasto all'abuso di alcol: 2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo 3 Promozione dell'attività motoria	Risultato atteso: 1 Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati 2 - Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione) - Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi) 3 Azioni a sostegno di piedibus o iniziative analoghe

Attuazione al 31/12/2014:

- 1) In base a quanto previsto dal piano regionale delle dipendenze: "Proseguire la collaborazione con l'associazionismo e il volontariato per i problemi alcolcorrelati", sono stati svolti nel 2014 sette incontri di collaborazione con l'ACAT Gemonese e Carnica (oltre a numerose collaborazioni

<p>informali) ed inviate complessivamente almeno 20 famiglie alle due ACAT e ad Alcolisti Anonimi</p> <p>2) Svolti 3 incontri con gli studenti (200 in totale) e uno con gli insegnanti dell'ISIS "D'Aronco" sul tema della promozione delle scuole senza fumo. Come ogni anno prosegue la formazione sul tabagismo rivolta agli operatori aziendali (4 ore all'interno del corso ECM sulle dipendenze, svolto in primavera e in autunno). Sono stati inoltre seguiti per disassuefazione n°113 fumatori (69 maschi e 44 donne). Prosegue la collaborazione con la Cardiologia per disassuefazione di pazienti a rischio cardiovascolare.</p> <p>3) Per quanto riguarda la promozione dell'attività motoria sono stati effettuati interventi in cinque scuole per l'infanzia, sei scuole elementari, una scuola primaria ed una secondaria. A sei incontri hanno partecipato anche le relative amministrazioni comunali.</p> <p>Inoltre è proseguito il progetto europeo "Comenius" che ha coinvolto circa 200 alunni delle scuole primarie e secondarie di Villa Santina, Gemona ed Artegna</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Invecchiamento attivo: Realizzazione di attività/progetti in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'intergenerazionalità</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'effettuazione di interventi</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>In data 3 e 4 dicembre si sono svolti gli incontri organizzati da AUSER, Comune di Gemona, Università degli studi di Udine – corso di laurea in Scienze Motorie e dalla Provincia con le tra ASS dell'AVUD e CONI, dove è stato illustrato il lavoro svolto (depliant informativo) e pianificati gli incontri da svolgere nel corso del 2015 in alcuni Comuni della Provincia.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Sezione aggiornata con materiale delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimenti di salute Mentale, Consultori, Neuropsichiatria Infantile, ecc..) pertinente i temi trattati dal portale <a href="http://www.giovanifvg.it">www.giovanifvg.it</a></p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Inviati 10 progetti all'Area Welfare di Comunità - A.S.S. 5 "Bassa Friulana" - in qualità di gestore del portale <a href="http://www.giovanifvg.it">www.giovanifvg.it</a> per conto della Direzione Regionale. Con e-mail del 04/06/2014 l'area Welfare ha confermato il ricevimento dei 10 progetti e preannunciando l'inserimento delle informazioni sul portale giovani fvg nella sezione dedicata allo "STAR BENE"</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno sui 4 temi di guadagnare salute (con diffusione dei risultati in azienda)</li> <li>- Effettuazione delle rilevazioni Okkio e HBSC e <u>Obesità in Gravidanza</u> come da indicazioni regionali</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Passi sui dati 2013: è stato prodotto il report di guadagnare salute, divulgato e pubblicato sul sito internet dell'ASS3</li> <li>- Okkio e HBSC: concluse le rilevazioni sulle classi scolastiche campionate.</li> <li>- Obesità in Gravidanza: alla fine del secondo semestre 2014 sono iniziate le rilevazioni di peso e altezza delle gravide al I° trimestre in sede di ecografia, come da indicazione emersa nelle riunioni regionali</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA EVIDENZA DELL'EFFETTUAZIONE DELLE INTERVISTE PER IL PROGETTO PASSI</b>
<b>Conoscere per innovare</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Costruzione di un indice di iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Sulla scorta delle progettualità attuate, e' stato elaborato un documento unico per illustrare alle scuole le linee di lavoro aziendali proposte, in un'ottica di continuità collaborativa, dettagliando le caratteristiche dei singoli interventi per area tematica.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Linea 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>L'ASS3 ha provveduto a redigere il piano operativo aziendale 2014 sulla ristorazione collettiva, nello specifico per le strutture protette per anziani (nota di trasmissione prot. 31100/9072 dip</p>	

prev del 11/12/2014)	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Monitoraggio della applicazione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione dell'autocontrollo.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 con la stesura di un documento finale di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese</li> <li>- &gt;= n. 4 interventi di controllo programmati per il 2014 – a conclusione della prima fase - da parte dei Servizi Veterinari e SIAN.</li> <li>- Stesura di un report finale al fine della validazione del progetto</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuati i 4 interventi di controllo programmati per il 2014 - a conclusione della prima fase - da parte dei Servizi Veterinari e SIAN.</li> <li>- Per quanto riguarda il documento finale di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese ed il report finale al fine della validazione del progetto, la stesura dei documenti è stata rinviata al 2015</li> </ul>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Con nota inviata via email in data 22/12/2014, il Responsabile del progetto sperimentale regionale definiva che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nel mese di luglio 2014 si è realizzata la formazione del personale delle unità operative dei Dipartimenti di prevenzione coinvolte nel progetto (SIAN e servizi veterinari);</li> <li>• nel 2014 si è operativamente realizzata la prima fase del progetto, vale a dire la formazione dei consulenti senior e junior con verifica finale di apprendimento, nonché l'attività di questi nelle imprese alimentari con sopralluogo e campionamento;</li> <li>• è stata redatta una relazione di valutazione della prima fase, che è stata presentata nel mese di dicembre 2014 ai responsabili Sian e veterinari;</li> <li>• la seconda fase non è ancora avviata per problematiche in via di risoluzione, legate al pagamento dei consulenti da parte di Unioncamere FVG.</li> </ul> <p>Conseguentemente, considerato che gli interventi di controllo da parte dei servizi dipartimentali hanno l'obiettivo di verificare l'efficacia del modello sperimentale (cioè, perlomeno il non peggioramento rispetto all'utilizzo della metodologia HACCP), si è deciso come gruppo di lavoro regionale di realizzare tale intervento di controllo una volta realizzata da parte dei consulenti la fase 2, consistente in una nuova ispezione con campionamento; tale scelta si fonda sul principio di realizzare un controllo di risultato, che può avvenire solo a termine dell'intervento da verificare, cioè la seconda fase. A tale principio si è derogato esclusivamente per alcune situazioni specifiche, quali le imprese alimentari a carattere stagionale (poli turistici) e per le imprese alimentari insediate in aree marginali, quali quelle montane, al fine di verificare alcuni requisiti di partenza.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p>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 ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2013</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2014: Veterinari &gt;=500; SIAN &gt;= 50</li> <li>- il n .audit per settore programmati per il 2014: veterinari &gt;=10; SIAN &gt;= 4</li> <li>- n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e mangimi: veterinari &gt;=170; SIAN &gt;= 25</li> <li>- n. di valutazioni del rischio programmati Veterinari &gt;=29; SIAN &gt;=50</li> <li>- &gt;= n. 5 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: Nel corso del 2014 sono stati effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n° 948 lsp. PQSA + n° 767 interventi ispettivi in macelli CE per un totale di 1715 interventi veterinari e n° 50 interventi ispettivi per il SIAN</li> <li>- n° 10 audit veterinari, Audit SIAN non eseguiti per mancanza di personale abilitato a tale attività e mancanza di disponibilità temporale di personale abilitato di altre S.O./ ASS</li> <li>- n° 181 controlli ufficiali dei campionamenti da parte dei veterinari e n° 26 da parte del SIAN</li> <li>- n° 42 valutazioni rischio veterinari e n° 50 valutazioni del rischio SIAN</li> <li>- n° 5 controlli congiunti SIAN-VET .</li> </ul>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCANO AUDIT SIAN, SI CONDIVIDONO LE ARGOMENTAZIONI SUL DISCOSTAMENTO</b></p>
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione del terzo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Risultato atteso: Stesura di una relazione finale di verifica su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- miele</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: Il Progetto prevede l'adesione volontaria delle aziende interessate. È stata effettuata la programmazione degli interventi da effettuarsi nelle Malghe aderenti al progetto PPL Malghe 2014. Non ci sono state adesioni per gli altri 2 PPL (miele e carni). Ad ottobre il gruppo di lavoro PPL si è riunito per fare una valutazione dei risultati dell'attività effettuata ed a dicembre si è tenuta una giornata di aggiornamento per gli addetti alle malghe ed allevatori che inviano gli animali in alpeggio</p>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione degli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso: - Formazione dei TdP ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive (formazione, eventualmente anche con corso interaziendale, da realizzarsi anche</p>

	<p>ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visite ispettive nel 30% delle rivendite presenti nel territorio aziendale secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013): <u>visite SIAN in 3 aziende</u></li> <li>- Visite ispettive a livello interdipartimentale (tra servizi igiene e SPSAL) in 90 aziende agricole complessivamente a livello regionale: la suddivisione delle aziende sarà definita in base al peso che il comparto assume in ciascuna azienda sanitaria: <u>visite SIAN in 3 aziende</u></li> <li>- Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute, secondo le indicazioni ministeriali</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I T.d.P hanno partecipato nelle giornate 11 e 13 giugno all'evento ECM organizzato dall' ASS2</li> <li>- Sono state eseguite n° 3 visite ispettive presso rivendite delle tre previste</li> <li>- Sono state previste ed eseguite n° 3 visite ispettive presso utilizzatori, congiunte tra SIAN - UOPSAL</li> <li>- Il report finale è stato trasmesso via e-mail in data 25/03/2015 a seguito dell'inoltro in data 24/03/2015 del facsimile ministeriale</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.</li> <li>- Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky</li> <li>- Eseguire i controlli previsti dal piano regionale</li> <li>- Mantenere l'attività di farmacovigilanza previste, con particolare riferimento alla vaccinazione contro il morbo di Aujeszky</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuato il primo controllo annuale in tutti e 6 gli allevamenti previsti dal Piano FVG ai fini del mantenimento dell'indennità</li> <li>- Effettuato il secondo e terzo controllo sul sangue previsto dal Piano regionale al fine del mantenimento dell'indennità nel 100% degli allevamenti interessati.</li> <li>- Non evidenziati ulteriori allevamenti assoggettabili ai controlli per la Malattia di Aujeszky.</li> <li>- Durante l'effettuazione dei controlli di cui sopra sono state eseguite le attività di farmacovigilanza con particolare riferimento alla vaccinazione contro il morbo di Aujeszky</li> </ul>	

- Inoltre sono state recepite le indicazioni su le attività in merito al Piano Aujeszky richieste al macello e per le macellazioni familiari a domicilio; effettuati per tale attività 46 campioni di sangue al macello e in allevamenti familiari.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2014 >= 24
Attuazione al 31/12/2014: Eseguiti n° 27 interventi ispettivi per il controllo del benessere animale in allevamento e al trasporto.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b>	
Ambiente e salute	
Obiettivo aziendale Applicazione della procedura di Valutazione di Impatto sulla Salute	Risultato atteso: Evidenza del coinvolgimento dell'ARPA e degli "informatori chiave" quali Comune, Provincia, etc. per l'individuazione degli elementi utili all'espressione del parere su insediamenti, progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute (anche prodotti per area vasta).
Attuazione al 31/12/2014: Si sono svolti alcuni incontri informativi e formativi con ARPA e Area Vasta sulle metodologie per l'espressione dei pareri con i criteri individuati; al 31/12/2014 nessun parere espresso.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione cardiovascolare</b>	
Obiettivo aziendale Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Risultato atteso: Valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale e degli stili di vita, da parte dei mmg, in una quota di cittadini appartenenti alla popolazione eleggibile (come da accordo mmg)
Attuazione al 31/12/2014: La valutazione del rischio cardiovascolare globale è stata effettuata ed ha esitato un report finale prodotto dal gruppo regionale, report che non è stato inviato all'Azienda. La correzione del rischio cardiovascolare globale e degli stili di vita non è stata effettuata in maniera struttura vista la mancanza del ritorno informativo sugli esiti della valutazione	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Non è pervenuta alcun esito sulla valutazione del rischio effettuata pertanto non è stato possibile avviare un'attività strutturata sulla riduzione del rischio	

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Formare i professionisti	Formazione a distanza realizzata tramite l'utilizzo del corso pilota messo a disposizione dall'ASS4.
Attuazione al 31/12/2014: I professionisti hanno partecipato alle giornate formative del 22/05/2014 e 19/11/2014	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>REACH</b>	
Obiettivo aziendale Applicazione del regolamento REACH in ambito locale	Risultato atteso: Almeno un'ispezione per Area Vasta
Attuazione al 31/12/2014: Programmata un'ispezione svoltasi in data 24 settembre 2014	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b>	
Obiettivo aziendale Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Risultato atteso: Evidenza delle attività preparatorie all'adozione dei protocolli
Attuazione al 31/12/2014: Attivato un tavolo di lavoro aziendale composto da DSM, Servizi Minori Distrettuale e Servizi Sociali dei Comuni che ha prodotto la stesura di un protocollo congiunto. Inoltre collaborato sia come relatori che come discenti ad un corso di area vasta sugli esordi psicotici nei giovani.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Obiettivo aziendale Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> <li>- relativamente alla residenzialità/domiciliarità dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi</li> </ol>

	di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nel corso del primo semestre 2014 sono stati realizzati degli incontri con tutti i singoli MMG per analizzare i dati relativi alla loro percentuale di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Un particolare approfondimento è stato posto alle classi ATC di interesse cardiovascolare per le quali sono stati valutati assieme ai cardiologi aziendali i dati clinici e di laboratorio dei singoli pazienti al fine di verificare e concordare un eventuale passaggio al farmaco generico o l'appropriatezza prescrittiva del farmaco stesso. Sono state inoltre inviate note informative ad ogni singolo medico al fine di inquadrare la prescrizione relativamente al rispetto degli indici AIFA, sottolineando divergenze e spazi di recupero della spesa adeguando la prescrizione. Gli indici AIFA sono stati rivisti a livello regionale e l'ASS3 ha raggiunto l'obiettivo in 4/7 casi</li> <li>2. Già nel corso del 2013 l'Area Vasta ha elaborato un protocollo sull'utilizzo degli ESA nella malattia renale cronica alla luce della disponibilità dei farmaci biosimilari o equivalenti (prot. ASS4 0093918/A del 27.12.2013). Nell'anno 2014 l'ASS3 con la SOS Dialisi ha iniziato la prescrizione di farmaci biosimilari ai nuovi casi di pazienti dializzati che necessitano del farmaco. Si segnala che con la nuova gara aggiudicata dal DSC vengono forniti farmaci biosimilari iniettabili senza misura di sicurezza, tale mancanza rende di fatto non utilizzabile il farmaco.</li> <li>3. Prosegue l'attività di distribuzione diretta dei farmaci, si registra in particolare un incremento rilevante nell'ambito della distribuzione per conto, mentre nelle altre modalità distributive, ormai a regime, si registra un sostanziale mantenimento. La distribuzione per conto è stata caratterizzata da un nuovo accordo entrato in vigore in due fasi: 1 settembre c'è stato un adeguamento al ribasso dei prezzi delle strisce per diabetici, a fine 2014 è stato applicato integralmente l'accordo. La distribuzione diretta ai pazienti presenti nelle residenze protette è continuato così pure il monitoraggio</li> <li>4. Riguardo i nuovi farmaci per l'epatite C, l'ASS3 non è tra i centri autorizzati alla prescrizione; riguardo i nuovi anticoagulanti orali l'Azienda ha attivato un ambulatorio dedicato, con chiamata attiva dei pazienti selezionati sulla base delle indicazioni AIFA così come previsto dal protocollo regionale.</li> <li>5. Il report regionale è stato inviato a tutti i MMG e PLS con allegato un breve commento sui risultati dei singoli ed è stato valutato assieme ai responsabili di Distretto in occasione degli incontri effettuati sul tema dei farmaci a brevetto scaduto (Vedi punto1).</li> <li>6. È stata effettuata un'analisi sulle prescrizioni dei dispositivi per diabetici relativa ai primi 5 mesi dell'anno, ed è stato inviato a tutti i MMG l'elenco dei pazienti per i quali era stato superato il limite massimo prescrivibile richiamando le delibere di riferimento inviate anch'esse unitamente al report. Nella seconda parte dell'anno con i dati di lettura ricette di Cedoca sono state evidenziate, ai MMG, le incongruenze di codici di esenzione relative al diritto dei pazienti a ricevere i prodotti</li> </ol>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (3/7)</b></li> <li>2. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>3. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>4. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>5. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> </ol>

<b>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</li> <li>2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</li> <li>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</li> <li>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</li> <li>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</li> </ol>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il portale AIFA è stato per lungo tempo mal funzionante, attualmente funziona e l'attività corrente è regolarmente inserita e si è provveduto al recupero del pregresso come da indicazioni regionali</li> <li>2. L'attività in sede di Area Vasta è stata sospesa</li> <li>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza del 93,81 % dei</li> </ol>	

<p>pazienti al 22.07.2014 e del 93,09 al 31/12/2014 (fonte portale SSISR)</p> <p>4- I flussi sono stati comunicati entro il 10 di ogni mese con una copertura della fase 3 della diretta pari al 99,59 %</p> <p>5. L'ASS3 ha regolarmente alimentato un sistema alternativo validato ed inviato alla Direzione Centrale con email del 13/02/2015 il report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali anno 2014 per ASS di residenza del paziente</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO RIUNIONI PRONTUARIO AREA VASTA</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

### Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici</li> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</li> <li>- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</li> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e</li> </ul>
--	---

	<p>aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inviati i monitoraggi degli indicatori secondo la tempistica indicata: I semestre 2014, 26 agosto 2014, nota prot. N. 20902 e Il semestre 2014, 25 marzo 2015, nota prot. N. 12869</li> <li>2. Comunicato il nominativo del professionista con email del 30.05.14 per la partecipazione all'esperienza Safety Walk Around; in seguito non sono pervenute ulteriori indicazioni rispetto alla linea di lavoro specifica.</li> <li>3. Costituito gruppo tecnico al quale, per l'ASS3, partecipa la professionista identificata con nota prot. N. 11169 dd. 6.05.14. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avvio studio Polifarmacoterapia: l'ASS3 ha partecipato allo studio come definito dal Protocollo. Impossibilitati a spedire il data base via email (troppo pesante), i dati sono stati consegnati personalmente alla dott.ssa Lavia (12 aprile 2014). I dati sono stati condivisi e diffusi in un incontro regionale.</li> <li>- Prosecuzione progetto Antibiotical Stewardship: costituito un gruppo tecnico per definire protocolli condivisi a livello regionale per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti, in cui per l'ASS3 partecipa il professionista identificato con nota prot. N. 13622 dd. 03.06.14.</li> </ul> <p>I documenti regionali adottati sono stati formalizzati dal Direttore Generale ff in data 15/12/2014, diffusi con e-mail del 16.12.2014, a cura della segreteria della direzione generale, a tutti i responsabili di Struttura e successivamente inseriti nel sistema intranet.</p> </li> <li>4. - Lesioni da decubito: nomina referente aziendale per l'ASS3, infermiera Venier Lorena, realizzati due corsi di formazione, per un totale di 100 partecipanti, per la diffusione delle Linee Guida. Nel mese di ottobre c.a. l'AAS3 parteciperà allo studio di prevalenza regionale. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadute: nominata la referente aziendale per l'ASS3, infermiera Lo Giudice Agnese, (nota prot. 16046 dd. 30.06.14) la quale ha partecipato al tavolo tecnico regionale.</li> <li>- Raccomandazione Ministeriale: nelle schede budget sono state inserite le Raccomandazioni</li> </ul> </li> </ol>	

Ministeriali per le quali si era riscontrato nell'anno precedente un parziale livello di adesione, al fine di incrementarne l'implementazione

- Raccomandazione n. 15 Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso (dr. D'Orlando) – "Triage di Pronto soccorso" (PR.A.028.ASS - Revisione sostanziale della precedente procedura)
- Raccomandazione n.11 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) (Dr. Trua) – "Politica per la prevenzione dell'evento sentinella "Morte o grave danno conseguente al malfunzionamento dei sistemi di trasporto intra e/o extra ospedaliero" – (PL.O.026.ASS)
- Raccomandazione n. 10 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (Dr. Vigevani) – "Prevenzione della osteonecrosi mandibolare nei pazienti candidati a terapia con bifosfonati o con denosumab" (PR.A.078.ASS)
- Raccomandazione n. 8 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Dr. Treleani) – "Politica per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" (PL.O.023.ASS – Revisione sostanziale della politica)
- Raccomandazione n. 6 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto: revisionate le procedure Percorso assistenziale per travaglio fisiologico e Percorso assistenziale per travaglio complicato
- Raccomandazione n. 1 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (Dr. Tosolini) – "Le soluzioni di elettroliti concentrati per uso endovenoso" (PR.F.010.ASS – Revisione sostanziale)

- Buone pratiche Choosingwisely: rispetto all'elenco fornito, sono state inserite come obiettivi di budget anno 2014 solo quelle procedure, di seguito elencate, ancora non presenti in a ASS3; sono state formalizzate dal Direttore Generale ff nelle date indicate.

- "Do not Use" list for hazardous abbreviations, a cura di SOS QARC (PR.O.075.ASS - 23.12.2014)
- Multicomponent interventions to reduce pressure ulcers, a cura di SOS QARC (LG.A.013.ASS - 19.12.2014)
- Use of real-time ultrasound for central line placement, a cura di SOC Anestesia (PR.A.063.ASS - 30.12.2014)
- Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolisms, a cura di SOC Ortopedia (PR.O.077.ASS - 20.12.2014)

5. Sono stati definiti i contenuti della lettera di dimissione, sia per le strutture che utilizzano il sistema informativo G2 (ospedale) sia per quelle prive (RSA), relativamente alla continuità delle informazioni per presenza di: infezioni, lesioni da pressione, rischio cadute accidentali, complicanze tromboemboliche, reazioni allergiche a farmaci.

6. Sono stati inseriti, nelle schede budget, obiettivi specifici relativi all'invio delle informazioni alla SOS QARC relativamente ai contenziosi e alle segnalazioni che pervengono all'URP, con possibili aspetti relativi al rischio clinico. Nell'incontro del gruppo regionale del 10 luglio è stato distribuito, per un consenso intra-aziendale e successivamente inter-aziendale, il documento "Modalità di segnalazione alla Corte dei Conti".

7. il gruppo di lavoro regionale ha concordato la pubblicazione dei dati nei siti intranet aziendali, e la necessità di una validazione delle rilevazioni prima di una divulgazione alla popolazione.

<p>8. È stato costituito un gruppo tecnico per la realizzazione di materiale informativo per i pazienti a rischio di caduta, e l'ASS3 ha comunicato con nota prot. N. 16046 dd. 30.06.14 il nominativo del suo professionista. <i>Approccio regionale "Open disclosure"</i>: - comunicazione aperte con il paziente, i familiari e i care-givers relativamente ad eventi avversi occorsi durante il percorso di cura ed esitati in un danno per il paziente stesso - costituzione di un gruppo di lavoro regionale al fine di definire modalità organizzative comuni. <i>Patient Handbook</i>: - concordata la realizzazione di una guida (patient handbook) al fine di rendere maggiormente coinvolti e consapevoli i pazienti e/o caregiver nel percorso clinico assistenziale e così favorire/accreocere la collaborazione per migliorare la sicurezza dell'assistenza - costituito gruppo tecnico in cui per l'ASS3 partecipa con proprio professionista (nota prot. N. 16044 dd. 30.06.14), per il 2014 il focus è stato posto sui farmaci. <i>Coinvolgimento delle Associazione di volontariato nella lettura a approvazione del materiale informativo elaborato prima della diffusione</i>: per l'ASS3 è stata indicata l'Associazione AVULSS Gemona del Friuli.</p> <p>9. Le attività formative realizzate nel 2014 sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Igiene mani</u>: svolte 4 edizioni (216 partecipanti); svolto 1 incontro per dirigenti medici della Medicina di Tolmezzo (9 partecipanti); formazione sul campo c/o Area di Emergenza/Pronto Soccorso, Anestesia di Tolmezzo (46 partecipanti); partecipato alle 2 edizioni di orientamento neoassunti (30 partecipanti)</li> <li>• <u>Infezioni correlate all'assistenza: precauzioni standard e misure di isolamento</u>: svolte 3 edizioni (90 partecipanti).</li> <li>• <u>Buon uso degli antibiotici</u>: svolto 1 evento (36 partecipanti).</li> </ul> <p>10. Relativamente agli indicatori di esito l'ASS3 ha una sola criticità relativa alle "riammissioni ospedaliere durante il puerperio": sono stati analizzati nel dettaglio i dati e comunicati ai dirigenti interessati.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.3 Accreditemento</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso: - prosecuzione del programma di accreditamento - redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: La medicina dello sport è stata accreditata con decreto 708/DICE del 21/07/2014 e la medicina trasfusionale con decreto 735/DICE del 30/07/2014. Per quanto riguarda l'accREDITAMENTO della SOS Emodialisi la messa a disposizione dei locali e relativa visita è rinviata al 2015. Non essendoci stati riscontri negativi non c'è stata la necessità di redigere alcun piani di miglioramento</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>ALLE ASS ERA RICHIESTA ANCHE LA MESSA A DISPOSIZIONE DEI PROFESSIONISTI VALUTATORI PER LE ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, ANCHE QUESTI</b>

	<b>RISULTATO, NON ESPLICITATO, È STATO RAGGIUNTO</b>
--	--

**Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica**

<p>Obiettivo aziendale: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento;</li> <li>2. Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica;</li> <li>3. Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare;</li> <li>4. Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP;</li> <li>5. Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012</li> </ol>
--	---

Attuazione al 31/12/2014:

1. Nel 2014 sono state redatte due linee operative: procedura per la fornitura ausilii per stomie e per la fornitura di cateteri vescicali ed esterni e raccoglitori di urine
2. La formazione del personale sanitario/amministrativo coinvolto già attuata a fine anno 2013,
3. l'elenco aziendale è costantemente aggiornato. Sono state inviate all'INSIEL due note formali di aggiornamento in data 07/08/2014 e 08/10/2014.
4. In fase di pieno utilizzo lo strumento del comodato per incrementare il riciclo dei dispositivi: gli ausilii sanificati nel 2014 sono stati 2125 contro i 1887 del 2013 mentre gli ausilii consegnati sono stati 2396 (non è presente il dato 2013)
5. L'ASS 3 per l'acquisizione si rivolge prioritariamente al DSC. Nei casi in cui si renda necessaria un'acquisizione in proprio è utilizzato lo strumento della Richiesta di Offerta (R.d.O.) ad evidenza pubblica

<b>Valutazione Direzione salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> <li>- Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate</li> </ul>

Attuazione al 31/12/2014:

- Piano Regionale è stato recepito con del. n. 229 del 27/06/2013 "Approvazione regolamento

aziendale per l'assistenza protesica". Il regolamento contiene linee operative per l'applicazione delle linee guida emanate.

- è stato organizzato un incontro/formazione in data 28/11/2014 per i medici prescrittori
- sono state effettuate delle valutazioni per l'adeguamento delle strutture interessate

<b>Valutazione Direzione salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) NON RISULTANO CHIARAMENTE IMPLEMENTATE NEL 2014</b>
-------------------------------------	---

### Linea 1.3.3.5 Cure palliative

Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Risultato atteso: - Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.
---	--

Attuazione al 31/12/2014:

I tavoli tecnici non hanno proseguito i lavori

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Non è stata richiesta alcuna partecipazione alla definizione del percorso di accreditamento né pervenuta alcuna convocazione ai tavoli tecnici

<b>Valutazione Direzione salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>
-------------------------------------	---

Obiettivo aziendale: Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero	Risultato atteso: - Partecipare agli incontri regionali per la predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste e secondo gli schemi che verranno definiti a livello regionale.
--	--

Attuazione al 31/12/2014:

L'attività è bloccata

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Non è pervenuta alcuna convocazione ad incontri regionali e non sono state definite tempistiche

e schemi per l'invio dei dati previsti dal flusso ministeriale Hospice	
<b>Valutazione Direzione salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	Risultato atteso: Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. Subordinatamente alla messa a disposizione del sistema informativo
Attuazione al 31/12/2014: L'attività è bloccata	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Non è ancora stata attivata la formazione da parte del CRT.	
<b>Valutazione Direzione salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>SISTEMA INFORMATIVO FORNITO, MAI DATA DISPONIBILITÀ AI CORSI. EFFETTUATA UNA CENTRALIZZAZIONE</b>
Obiettivo aziendale: Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Risultato atteso: Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
Attuazione al 31/12/2014: Donazione di tessuto femorale: sono stati valutati complessivamente 70 pazienti dei quali 32 sono risultati non idonei e 38 sono risultati idonei. Donazione di cornea: sono state effettuate 35 valutazioni di idoneità su pazienti deceduti in ospedale di cui 4 prelevati	
<b>Valutazione Direzione salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Risultato atteso: Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto
Attuazione al 31/12/2014: con la DGR n° 594 del 28 marzo 2014 è stata attivata la rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti è obiettivo regionale 2015 organizzare le diverse filiere d'organo anche con la definizione dei percorsi diagnostico terapeutici	
<b>Valutazione Direzione salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale</b>	
<b>Linea Piano Sangue: ASS 3 "Alto Friuli"</b>	
Obiettivo aziendale: Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Risultato atteso: Contributo all'alimentazione del flusso informativo
Attuazione al 31/12/2014: L'ASS 3 contribuisce attivamente all'alimentazione del flusso informativo	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Accreditamento della struttura trasfusionale	Risultato atteso: Mantenimento dell'accreditamento della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)
Attuazione al 31/12/2014: In data 09/07/2014 è stato effettuato il sopralluogo da parte dei valutatori. Sono stati quindi acquisiti i relativi verbali, entrambi con esito positivo, in data 14/07/2014 prot. 17311 per la sede di Tolmezzo e in data 14/07/2014 prot 17312 per la sede di Gemona. L'accreditamento è stato mantenuto	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone con la seguente suddivisione - AV Giu. Isontina per le neoplasie del mammella - AV Udinese per le neoplasie del polmone - AV Pordenonese per le neoplasie della colon retto	Risultati attesi Le tre aree vaste Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente). Entro 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale. Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste.
Attuazione al 31/12/2014: Il documento di analisi è stato redatto e inviato in Regione con nota n. 52330 del 31-7-2014. Con la lettera del 30-6-2014, prot. 44730, era stato richiesto alla Regione di posticipare la data originariamente prevista per l'invio al 31-7-2014. Il processo di sviluppo del percorso diagnostico-terapeutico individuato, con particolare riferimento all'integrazione Ospedale/territorio, è stato	

ritardato in ordine all'intercorsa revisione istituzionale del SSR, come previsto dalla LR 17/2014 ed alla conseguente previsione di superamento delle Aree Vaste.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Patologica cardiovascolare: Avvio della rete delle emergenze cardiovascolari	Partecipazione avvio della rete delle emergenze cardiovascolari
<b>Attuazione al 31/12/2014:</b> <b>Obiettivo stralciato (del. 2666 del 30/12/2014)</b>	

<b>Linea 1.3.3.9 Percorso nascita</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio – Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).</p> <p>Produzione di un documento in cui si individuano i provvedimenti ritenuti necessari a garantire i livelli di sicurezza previsti a livello regionale e nazionale</p> <p>Presenza attiva del pediatra al parto</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>L'ASS 3 ha partecipato tramite il proprio referente aziendale alle riunioni del 16 aprile e del 5 giugno</p> <p>Il documento in cui si individuano i provvedimenti ritenuti necessari a garantire i livelli di sicurezza previsti a livello regionale e nazionale è stato licenziato mentre è stata stesa una bozza dell'Agenda della Gravidanza</p> <p>E' garantita la presenza attiva del pediatra al parto</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Per le Aziende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione al registro MR di almeno l'80 % dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche)</li> <li>- Segnalazione di tutte le nuove diagnosi</li> </ul>

regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.	
Attuazione al 31/12/2014: Si fa riferimento alla nota scritta dal Direttore del Centro di coordinamento regionale delle malattie rare in data 28/07/2014 alla Direzione Centrale con la quale si chiede lo stralcio dell'obiettivo in particolare riguardo alla segnalazione dei casi seguiti negli ultimi 3 anni ricorrendo all'analisi delle SDO ritenendo, in estrema sintesi, la fonte SDO non idonea all'identificazione di casi con malattie rare.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.11 Diabete</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione dei professionisti aziendali ai lavori coordinati dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sui temi del piano nazionale</li> <li>2. Partecipazione dei professionisti aziendali alla definizione di percorsi omogenei su tutto il territorio regionale riguardo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diabete e gravidanza</li> <li>– Età evolutiva e transizione</li> <li>– Gestione integrata</li> <li>– Piede diabetico</li> <li>– Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul> </li> <li>3. Applicazione dei percorsi definiti a livello regionale compatibilmente con i tempi necessari alla riorganizzazione degli attuali percorsi e le risorse disponibili.</li> </ol>
Attuazione al 31/12/2014: L'ASS3 ha garantito la propria partecipazione ai tavoli regionali dove è stato definito il percorso diabete e gravidanza. Il percorso regionale diabete e gravidanza è regolarmente applicato	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.12 Sanità penitenziaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasferimento dei rapporti di lavoro</li> <li>2. Trasferimento delle attrezzature, degli</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le ASS hanno posto in essere tutti gli atti e provvedimenti necessari per quanto riguarda i trasferimenti del personale dal Ministero della</li> </ol>

<p>arredi, beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia. così come elencati da apposito inventario trasmesso dalla Regione</p> <p>3. Convenzioni con gli istituti penitenziari, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione, per usufruire dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie che vengono concessi in uso gratuito.</p> <p>4. Definizione di forme di collaborazione relative alla sicurezza tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario</p> <p>5. Nelle more di una definizione dettagliata dei LEA da garantirsi ai detenuti negli istituti penitenziari del FVG e delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale vengono mantenute le consuetudini in atto al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.</p> <p>6. Analisi dei prontuari farmaceutici e adozione di provvedimenti per garantire la continuità farmaceutica ai detenuti</p> <p>7. Redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG</p>	<p>Giustizia al servizio sanitario</p> <p>2. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali sono stati presi in carico dalle ASS</p> <p>3. Sono state stipulate le convenzioni per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie</p> <p>4. È stato stipulato protocollo di intesa interistituzionale in materia di sicurezza</p> <p>5. Le ASS garantiscono le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza secondo le consuetudini in atto</p> <p>6. I Responsabili servizio farmaceutico di ogni ASS ha preso i dovuti contatti con il Dirigente Sanitario dell'Istituto penitenziario per l'analisi del prontuario farmaceutico</p> <p>7. Le ASS collaborano con i propri referenti alla redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>1. Con delibera 449 del 31/12/2013 "Trasferimento funzioni in materia di sanità penitenziaria. Determinazioni riguardanti il personale" e con delibera 31 del 11/02/2014 "Trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria D.LGS 274/2010. Constatazione dello stato dei locali in comodato all'Azienda, dell'inventario definitivo dei beni mobili ed attrezzature e del personale per lo svolgimento delle attività sanitarie" l'ASS3 ha posto in essere gli atti necessari per quanto riguarda i trasferimenti del personale dal Ministero della Giustizia al servizio sanitario</p> <p>2. Per quanto riguarda le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali e la convenzione per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie sono state adottate le delibere 442 del 31/12/2013 "Trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria D.LGS 274/2010. Uso dei locali e delle attrezzature e dei beni strumentali per lo svolgimento delle attività sanitarie" e 31 del 11/02/2014 "Trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria D.LGS 274/2010. Constatazione dello stato dei locali in comodato all'Azienda, dell'inventario definitivo dei beni mobili ed attrezzature e del personale per lo svolgimento delle attività sanitarie"</p> <p>3. In data 30/06/2014 è stato stipulato il protocollo di intesa interistituzionale in materia di sicurezza</p> <p>4. L'ASS3 garantisce le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza secondo le consuetudini in atto</p>	

5. L'ASS ha preso i dovuti contatti con il Dirigente Sanitario dell'Istituto penitenziario ed inviandogli il prontuario farmaceutico al fine di identificare per gli ordini i farmaci in dotazione alla farmacia aziendale
6. L'ASS ha collaborato con il proprio referente e le linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG sono state redatte nei tempi previsti.

**Valutazione Direzione centrale salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblies dei Sindaci degli ambiti distrettuali.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. L'ASS3, compresi i Servizi sociali dei Comuni delegati, provvede al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>I monitoraggi trimestrali sono stati trasmessi dalla ASS3 alla Direzione Centrale con nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prot. 10680 del 30/04/2014 per il primo trimestre</li> <li>- prot 18487 del 28/07/2014 per il secondo trimestre</li> <li>- prot 27235 del 31/10/2014 per il terzo trimestre</li> <li>- prot 3851 del 30/01/2015 per il quarto trimestre</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le ASS congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni provvedono alla predisposizione del Programma attuativo annuale da realizzare nel 2015 e al rinnovo dell'atto di intesa.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Entro ottobre 2014, ASS e SSC provvedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'eventuale aggiornamento delle Schede obiettivi di integrazione sociosanitaria 2013-2015;</li> <li>- alla trasmissione del PAA 2015 alla DCSISPS per il parere di congruità.</li> </ul> <p>Entro dicembre 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASS e SSC riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali.</li> <li>- I Direttori generali e i Presidenti delle Assemblies dei Sindaci degli Ambiti distrettuali rinnovano l'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2015 e trasmettono alla DCSISPS i documenti di programmazione integrata locale 2015 approvati in via definitiva unitamente all'atto di intesa.</li> </ul>
<p><b>Attuazione al 31/12/2014:</b></p> <p><b>Obiettivo stralciato (del. 2666 del 30/12/2014)</b></p>	

<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta, in parte</b>	
Obiettivo di Area Vasta: Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA	Risultato atteso: Per l' Area Vasta: Nel 2014 attivazione di 10 pl di SUAP presso una residenza protetta o in alternativa in un modulo dedicato di RSA con rispetto degli standard previsti. Programmazione di ulteriori 10 pl in residenza protetta con attivazione da programmare entro luglio 2015
Attuazione al 31/12/2014: Con comunicazione prot. 94403/A del 31/12/2013 a firma del DG dell'ASS 4 "Medio Friuli", capofila di Area Vasta, è stato trasmesso alla DCS il progetto "Attivazione della Rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite in Area Vasta". Il progetto prevedeva l'attivazione presso l'I.M.F.R. Gervasutta di 10 p.l. dedicati alla SUAP, attivazione condizionata da investimenti edili - impiantistici, arredi, attrezzature e personale per un importo totale di complessivi 1.141.900€. Vista l'importante manovra di rientro sui bilanci delle aziende dell'Area Vasta ed il vincolo sul personale, non è stato possibile dar seguito alla progettualità.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>DA QUANTO RAPPRESENTATO RISULTA CHE È STATA FATTA UN'APPROFONDATA ANALISI E FORMULATA UNA PROPOSTA MA NON È STATA REALIZZATA; SI POTEVA CONSIDERARE L'ATTIVAZIONE PRESSO UNA RSA</b>

<b>Linea 1.3.4.3: Salute mentale</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale e di Area Vasta : Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di area vasta per i servizi afferenti all'area degli adulti e dell'età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva	Risultato atteso: Definire percorsi di contenimento della fuga extraregionale in particolar modo per la residenzialità migliorando l'offerta territoriale;
Attuazione al 31/12/2014: Le informazioni acquisite sulle "fughe extraregionali" indicano che per l'ASS3 il problema non sussiste. I professionisti dell'ASS3 hanno collaborato in Area Vasta partecipando ad un gruppo di studio sugli esordi	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale e di Area Vasta : Avvio e consolidamento della collaborazione	Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e

tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/recovery)	ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Nel corso dell'anno i rapporti e la collaborazione tra DSM e servizi dedicati all'età evolutiva sono stati maggiormente strutturati che negli anni precedenti. Si è formato un gruppo osservazionale, di analisi e studio sulle diverse prassi/azioni che vengono adottate nei vari ambiti di lavoro (DSM, Dip. Dipendenze, Servizio Sociale dei Comuni) per il riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, sulle modalità di analisi delle fragilità e dei rischi.</p> <p>In particolare il gruppo ha definito una collaborazione con gli Istituti superiori del Gemonese per l'attivazione di punti di ascolto al disagio giovanile. Rispetto a questa linea di attività, l'ASS3 ha collaborato attivamente anche in sede di Area Vasta.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>RETE Disturbi del Comportamento Alimentare</b>	
<p>Obiettivo aziendale e di Area Vasta :</p> <p>Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Trasmissione alla DCSISSPS entro il 31 dicembre 2014 degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute Mentale per l'età evolutiva e il dipartimento di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Dal mese di aprile 2014 si è avviato un gruppo di lavoro multidisciplinare (medici psichiatri, internisti, neuropsichiatri infantili, nutrizionisti, psicologi, specializzandi, infermieri, educatori e dietisti) presso la CPI sul tema LAVORO A RETE DCA ADULTI E DCA INFANZIA E ADOLESCENZA, percorso integrato di cura per la fascia di confine (16-18 anni), con i seguenti obiettivi di progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reinterpretare il lavoro in rete in Area Vasta per rendere più efficace l'integrazione DCA adulti e DCA Età Evolutiva</li> <li>- progettare un percorso di cura per l'età di confine 16-18, ottimizzandone l'offerta.</li> </ul> <p>I servizi coinvolti in questo progetto sono: CPU e SOS di Nutrizione Clinica dell'AOU, Servizi per i DCA delle ASS 3, 4 e 5 (sia per adulti che per minori), il Servizio specialistico per i Disturbi alimentari di Portogruaro (VE) e l'Associazione La Nostra Famiglia".</p> <p>Per quanto riguarda il documento già elaborato nel 2013 nulla è intervenuto nel 2014 fatto salva la convenzione tra la struttura di Portogruaro e la Regione FVG.</p>	

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>ANCHE SE SONO STATI RAGGIUNTI IMPORTANTI</b> <b>RISULTATI DI RIORGANIZZAZIONE NON SONO PERVENUTI</b> <b>GLI ACCORDI FORMALIZZATI ALLA DIREZIONE CENTRALE</b> <b>SALUTE</b>
<b>Riorganizzazione della rete dei CSM</b>	
Obiettivo di Area Vasta Riorganizzazione della rete dei CSM h12/h24 .	Risultato atteso: Riequilibrio/omogeneizzazione della rete di offerta dei CSM sulle 12 o 24 ore nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale di Area Vasta Udinese.
Attuazione al 31/12/2014: I CSM dell'ASS 3 hanno raggiunto l'obiettivo regionale con l'attivazione nel 2012 di tutti i CSM nelle 24 ore. Nel 2014 è stato necessario affrontare alcuni importanti lavori di manutenzione straordinaria presso il CSM di Gemona, costringendo ad una riduzione dell'offerta sulle 12 H per alcuni mesi: l'attività è ripresa a novembre con il rientro nella sede ristrutturata e la riapertura sulle 24 H	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea n 1.3.4.4. Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale - Collaborare con la Direzione regionale competente per rispondere agli obiettivi previsti dal progetto nazionale GAP.	Risultato atteso: - Entro il 31.12.2014 produzione report alla Direzione
Attuazione al 31/12/2014: L'ASS 3 ha partecipato agli incontri organizzati per il GAP nelle giornate 21/01/2014 e 03/07/2014. I dati sono stati raccolti ed il report dati anno 2013 è stato regolarmente inviato nel primo semestre 2014.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo Aziendale - Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. - Partecipazione al processo di accreditamento fra pari delle comunità terapeutiche. - Confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi. - Monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive.	Risultato atteso: - Condivisione, nell'ambito dell' Osservatorio sulle Dipendenze, di linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi - Evidenza della partecipazione al processo di accreditamento. (Almeno un rappresentante per servizio per le dipendenze presente nell'équipe valutativa) - Evidenza del monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive (con produzione di dati aggregati divisi per servizio sulla

	diffusione dell'uso)
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ASS 3 ha partecipato alla quasi totalità degli incontri dell'Osservatorio Regionale Dipendenze, nonché ad altri incontri regionali su temi più specifici. Negli incontri si sono discusse e condivise linee di indirizzo comuni (ad es, Borse Lavoro, inserimenti in CT, ecc)</li> <li>• L'ASS 3 ha individuato un proprio professionista quale rappresentante del servizio per le dipendenze e partecipato all'equipe valutativa.</li> <li>• Come da accordi in sede regionale, l'obiettivo per il 2014 prevedeva la definizione di una scheda di rilevazione e l'applicazione di prova di tale scheda in una delle sei AA.SS.SS. La scheda regionale di rilevazione è stata stesa in via definitiva dal Dipartimento dell'ASS3. Per quanto riguarda l'applicazione della scheda, in sede di Osservatorio Regionale è stato deciso di sperimentarla in un'unica ASS ed è stato individuato a tale scopo il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS n°2.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer per rendere omogenea offerta sul territorio di Area Vasta</p>	<p>Risultati attesi:</p> <p>E' predisposta ed attuata la revisione dell'assetto organizzativo e funzionale delle Unità di Valutazione Alzheimer</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Non è stata predisposta ed attuata la revisione dell'assetto organizzativo e funzionale delle Unità di Valutazione Alzheimer</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>La linea di lavoro non è stata attivata in sede di Area Vasta</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale;</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Sebbene la modalità peritoneale sia stata proposta a più pazienti, non si è proceduto ad alcun arruolamento</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Sebbene la modalità peritoneale sia stata proposta a più pazienti, non si è proceduto ad alcun arruolamento</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
<b>Rete Demenze</b>	

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attivazione della Rete di presa in carico nel settore delle demenze</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione della rete regionale sulle demenze coordinato dalla programmazione regionale con il coinvolgimento delle aree sanitarie, dell'integrazione sociosanitaria, del settore farmaceutico e di vari professionisti messi a disposizione dalle aziende e adeguamento dei servizi assistenziali al nuovo modello organizzativo</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p><b>Obiettivo stralciato (del. 2666 del 30/12/2014)</b></p>	

#### **Linea 1.3.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identificazione/ consolidamento del gruppo di lavoro distrettuale SmartCare.</li> <li>2. partecipazione entro 31.12 ad almeno il 80% degli incontri di presentazione e formazione organizzati dal Coordinamento Regionale di Progetto in capo ad ASS1.</li> <li>3. In dipendenza delle disponibilità attuative, delle indicazioni metodologiche (protocollo) fornite dal Coordinamento Regionale di Progetto e a completamento delle azioni propedeutiche a valenza sovraaziendale, avvio delle prime azioni di reclutamento.</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identificazione dei nominativi entro fine febbraio</li> <li>2. partecipazione di almeno 1 referente distrettuale entro 31.12 ad almeno il 80% degli incontri di presentazione e formazione organizzati dal Coordinamento Regionale di Progetto.</li> <li>3. entro 31.12 arruolamento di 2 casi/distretto con acquisizione del consenso informato.</li> </ol>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>In raccordo con il gruppo di coordinamento regionale del Progetto, sono stati individuati e comunicati entro i tempi previsti gli operatori referenti. L'ASS 3 ha partecipato agli incontri del 27/08/2014 e 21/11/2014 (100 % degli incontri) e sono stati arruolati 5 casi nei due distretti</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

#### **Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata**

<p>Obiettivo aziendale :</p> <p>Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1) Codifica con ICD9-CM e i caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie.</p>
--	--

<p>valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISSR</p>	<p>2) Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p> <p>3) Monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCS.</p> <p>3a) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è&gt;90% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è&gt;75%</p> <p>3b) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della Valgraf (con PAI si)è&gt;70% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della Valgraf (con PAI si)è&gt;50%</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>La compilazione della diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare e dei pazienti in RSA si è effettuata nel 100% dei casi</p> <p>La compilazione con Valgraf (con PAI si) è effettuata nel 96,6 % dei casi</p> <p>Dati al 13/04/2014 Fonte SISSR</p>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>1) Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Collaborazione nella formulazione di una proposta di nuova classificazione delle residenze per anziani presenti sul territorio aziendale da sottoporre al parere della Conferenza dei sindaci.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>L'attività nel corso del 2014 non ha avuto alcun sviluppo in quanto non è pervenuta la documentazione e le relative indicazioni da parte della Direzione Centrale</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Non è pervenuta la documentazione e le relative indicazioni da parte della Direzione Centrale</p>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>NON È STATO DATO AVVIO AL PROCESSO DI RICLASSIFICAZIONE</b></p>

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica e approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati negli anni precedenti;</li> <li>- Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita;</li> <li>- Monitoraggio del requisito (con relativi criteri e standard) scelto nei PAL 2013 ed attivazione di un percorso di promozione della qualità in almeno 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del territorio aziendale;</li> <li>- Predisposizione di una relazione illustrativa dell'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>L'obiettivo ha interessato le seguenti strutture convenzionate con l'ASS 3: Casa di soggiorno per anziani di Gemona e Centro Anziani "Ettore Tolazzi" di Moggio Udinese (residenze protette), Residenza polifunzionale di fascia A "Sereni Orizzonti" di Gemona (RPF), Centro sociale comunale di Osoppo e ASP Casa di soggiorno "Albertone del Colle" di Venzone (case albergo).</p> <p>1) L'attività di verifica è stata presentata alle strutture e condivisa, e si è realizzata con le seguenti modalità:</p> <p>a) Due accessi l'anno per la verifica dell'adesione al percorso di prevenzione e gestione delle lesioni da compressione, alle indicazioni fornite per la gestione della contenzione meccanica, al percorso di prevenzione e gestione delle cadute;</p> <p>b) Un accesso l'anno per la verifica dell'accuratezza prescrittiva e di somministrazione della terapia farmacologica, nonché della gestione accurata della tenuta dei farmaci.</p> <p>Inoltre sono state realizzate tre verifiche sull'adempimento del debito informativo regionale.</p> <p>Le aree di verifica e approfondimento sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adempimento del debito informativo regionale,</li> <li>- Prevenzione e gestione delle lesioni da compressione,</li> <li>- Gestione della contenzione meccanica,</li> <li>- Definizione dei PAI,</li> <li>- Prevenzione e gestione delle cadute.</li> </ul> <p>Dall'attività di verifica, 2 strutture su 5 hanno una piena adesione ai percorsi elencati; le altre tre sono state sollecitate a migliorare l'adesione.</p> <p>2) Nella giornata del 2 dicembre 2014, è stata realizzata la visita di audit c/o la RPF "Sereni Orizzonti" di Gemona.</p> <p>3) Nel corso dell'anno sono stati verificati i seguenti requisiti, individuati nel 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione della prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica,</li> <li>- Gestione accurata della tenuta dei farmaci e dei dispositivi medici.</li> </ul> <p>Dall'attività di verifica, 4 strutture su 5 hanno una buona adesione ai percorsi individuati; la struttura con meno adesione è stata sollecitata a migliorare la performance.</p> <p>Quale attivazione di un percorso di promozione della qualità, nell'ultimo quadrimestre dell'anno è</p>	

stata fornita e condivisa la nuova modalità per la richiesta dei farmaci e dispositivi medici attraverso il sistema informatico Magrep.  
E' stata predisposta una relazione conclusiva dell'attività svolta.

Valutazione Direzione centrale salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>4) Sistemi informativi:</p> <p>Tutte le ASS devono monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Tutte le ASS danno evidenza delle proprie verifiche e delle eventuali sollecitazioni circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati;</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati;</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate;</li> <li>- la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'"Offerta residenziale" prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura delle strutture residenziali per anziani convenzionate, nonché la verifica della completa compilazione del documento in ogni sua sezione</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Le verifiche sono state effettuate con periodicità e si è provveduto tempestivamente ai relativi solleciti all'eventuale riscontro di anomalie.</p>	
Valutazione Direzione centrale salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>5) Convenzione</p> <p>Tutte le ASS provvedono ad adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Entro il 31/12/2014, tutte le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani sono aggiornate sulla base dello schema tipo regionale.</p>

Attuazione al 31/12/2014: Lo schema tipo regionale non è ancora stato ufficializzato, nell'attesa l'Azienda ha provveduto a prorogare le convenzioni in essere.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso: Lo schema tipo regionale al 31.12.2014 non era ancora stato ufficializzato.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È STATO ADOTTATO LO SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE</b>
Obiettivo aziendale 6) Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Tutte le ASS provvedono a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.	Risultato atteso: Per tutti gli utenti accolti nei servizi residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.
Attuazione al 31/12/2014: Sono state accolte 182 inserimenti nelle strutture residenziali. Due utenti nel Distretto di Tolmezzo sono stati accolti privi di valutazione distrettuale a causa della mancanza di liste di attesa e necessità da parte delle strutture di occupare posti disponibili; ciò nonostante il distretto avesse assicurato una valutazione entro 7 gg. Le strutture sono state richiamate. Tutti i rimanenti 180 soggetti inseriti nelle strutture per non autosufficienti hanno una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate</b>	
Obiettivo aziendale: Garanzia che venga valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati per ogni affidamento programmato dalle Aziende e per ogni tipologia di procedure di gara (sotto o sopra soglia comunitaria, unificata per più Aziende o di interesse esclusivo).	Risultato atteso: Per tutti gli affidamenti decisi dalle Aziende del SSR c'è l'evidenza che è stata valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati
Attuazione al 31/12/2014: L'ASS nel corso del 2014 non ha affidato alcun servizio con le caratteristiche di cui all'obiettivo	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Garantire che per gli affidamenti dove si è valutato possibile, vengano utilizzati gli	Risultato atteso: In tutti gli affidamenti "sopra soglia comunitaria" dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di

strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.	<p>opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, l'Azienda darà indicazione al DSC affinché vengano utilizzate le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la possibilità di accesso alla gara solo per le ditte che si impegnino a realizzare il 30% di inserimenti lavorativi sul totale della forza lavoro complessivamente impiegata nel servizio;</li> <li>- un punteggio per la valutazione dei progetti di inserimento lavorativo non inferiore al 10% del punteggio complessivo di offerta previsto.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Nel segnalare al DSC i fabbisogni per l'avvio di gare viene sistematicamente data indicazione affinché vengano utilizzate le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio. Nel corso dell'anno non sono state attivate gare sopra soglia.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.10 Programma di superamento ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG.</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Report di monitoraggio per ASS</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014:</p> <p>Nessun residente nel territorio dell'ASS 3 è attualmente ricoverato in OPG</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% sul totale
2006	322,0	322,0	322,0	100%
2007	87,0	33,5	-	0%
2008	25,0	25,0	25,0	100%
2010	1.365,5	1.365,5	1.365,5	100%
2011	1.891,2	1.781,4	1.891,2	100%
2012	637,5	474,9	637,5	100%
2013	512,9	294,0	512,9	100%
2014	1.692,9	-	160,1	9%

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	794,0	794,0	74,0	333,9	333,9	20,4
2007	1.637,0	1.637,0	208,0	392,6	392,6	35,3
2008	310,1	310,1	7,0	714,2	714,2	59,4

(importi espressi in migliaia di euro)

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DEGLI INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI

	Piano 2009(*)		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	2.280,0	%	800,0	%	300,0	%
Progettazione in corso		0,0%		0,0%		0,0%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%		0,0%
Cantiere in corso	1.800,0	88,7%	400,0	50,0%		0,0%
Opera conclusa	230,0	11,3%	400,0	50,0%	300,0	100,0%
<b>Totale</b>	<b>2.030,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>800,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>300,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2012		Piano 2013		Piano 2014	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	10.300,0	%	700,0	%	10.450,0	%
Progettazione in corso	300,0	100,0%		0,0%	10.300,0	98,6%
Progettazione conclusa		0,0%	450,0	64,3%	150,0	1,4%
Cantiere in corso		0,0%	250,0	35,7%		0,0%
Opera conclusa		0,0%		0,0%		0,0%
<b>Totale</b>	<b>300,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>700,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.450,0</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importo del piano 2009 soggetto a riprogrammazione del finanziamento LR 27/2012 art. 8, DGR 2262/2013

## STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato di attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Ristrutturazione e accreditamento dell'Ospedale di Tolmezzo - IV lotto	2014	10.000,0	0%	0%

(importi espressi in migliaia di euro)

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

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro <u>31/07/2014</u> redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmacia ospedaliera e <u>farmacia territoriale</u></li> <li>- Laboratorio di analisi clinica e microbiologia;</li> <li>- Attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare.</li> <li>- Preparazione farmaci antitumorali.</li> </ul> <p>b) Entro 30/9/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Servizio di radiologia su h 24 su Area Vasta</u></li> </ul> <p>c) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>a) Con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A la CAV comunicava alla Direzione Centrale che, vista la proposta di riordino istituzionale ed organizzativo presentato dalla Regione, intendeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sospendere le attività, anche progettuali, relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riorganizzazione della Farmacia ospedaliera</li> <li>- Riorganizzazione della Farmacia territoriale</li> <li>- Ipotesi di aggregazione di funzioni dei dipartimenti di prevenzione e delle dipendenze</li> </ul> </li> <li>• proseguire la fase progettuale della riorganizzazione della Preparazione farmaci antitumorali definendo, entro il prossimo mese di luglio, il crono programma attuativo;</li> <li>• proseguire il progetto di riorganizzazione per attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare, approvando entro il prossimo mese di luglio la fase sperimentale</li> <li>• proseguire l'attività prevista dalla Linea progettuale n. 1.3.3.8 relativa alla ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone.</li> </ul> <p>Con lettera di prot. n° 52330 /A del 31-07-2014, oltre a confermare gli indirizzi operativi definiti nella CAV del 29-6 ed inviati alla Regione con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A sono stati inviati i progetti di riorganizzazione relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- progetto di riorganizzazione del Laboratorio di analisi clinica e di microbiologia di Area Vasta</li> <li>- progetto di riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica ed di altri interventi di chirurgia</li> </ul>	

non oncologica generale, urologica e vascolare

- progetto di riorganizzazione della preparazione farmaci antitumorali

- Documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti relativo alla Linea progettuale n. 1.3.3.8 "ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone".

b) Il progetto di riorganizzazione del servizio di Radiologia su Area Vasta è stato condiviso dalla CAV Udinese e trasmesso alla Direzione Centrale con prot. n. 0065500 /A del 30-09-2014

c) Vista l'approvazione della Legge Regionale di riordino del SSR (L.R. n. 17/2014) e la conseguente revisione dei livelli di responsabilità, le progettualità approvate non sono state attuate.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**a) OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**b) OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR**

### **Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012**

#### **Linea comune di Area Vasta**

Obiettivo aziendale

Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi

Risultato atteso

Predisposizione di un piano di revisione da trasmettere alla Regione entro il 31-3-2014 (vedi capitolo 1.2. dell'Accordo di Area Vasta).

Attuazione al 31-12-2014

Il Piano di revisione è stato predisposto da parte della Conferenza di Area Vasta ed è stato inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851 del 31-3-2014

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

### 1.1.2 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

#### **Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria**

#### **Linea comune di Area Vasta**

Obiettivo aziendale

Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione integrata delle malattie croniche, della continuità assistenziale

Risultato atteso

Redazione del Piano dell'Assistenza Primaria e trasmissione alla DCSISSPS entro entro 31 LUGLIO 2014 (Nota Assessore regionale n. 11817/P del 25-6-2014)

Attuazione al 31-12-2014

Il Piano dell'Assistenza Primaria dell'ASS n. 4 Medio Friuli è stato trasmesso alla Direzione Centrale con nota prot. n° 52125 /A del 30/07/2014, ed integrato, su richiesta della Direzione stessa, con nota del 20-11-2014 prot. 79254/C.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Raccordo con la programmazione precedente:	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013 e nuovi progetti gestionali amministrativi	Risultato atteso - Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013 - Nuovi progetti gestionali amministrativi a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014 b) Entro il 31/12/2014 attuazione del piano.
Attuazione al 31-12-2014 Il Piano di lavoro generale (convenzione quadro per l'aggregazione delle funzioni amministrative e tecniche dell'Area Vasta Udinese), che comprendeva sia il prosieguo delle attività 2013 sia i nuovi progetti gestionali, è stato elaborato ed inviato in Regione con nota n. 22851 del 31-3-2014. In merito alla loro attuazione sono stati attuati i progetti relativi a: Servizio Ispettivo: Costituito e regolamentato con Deliberazione n. 136 del 31/03/2014, ha regolarmente operato nel corso dell'anno . Piano di formazione è stato predisposto e inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851 del 31-3-2014. Nucleo controlli sulle attività erogate da Privati accreditati: Costituito e regolamentato con delibera n. 222 del 20/05/2014; programma annuale di lavoro approvato dalla CAV il 10-7-2014 e, da ultimo, comunicazione, con la nota n. 69346 del 15-10-2014, alla Direzione Centrale Salute dell'attuazione della DGR n. 1321 del 11-7-2014, mentre per le altre attività previste, la CAV, in considerazione della proposta di riordino del Servizio Sanitario regionale presentata dalla Giunta Regionale, poi esitata nella LR n. 17/2014, ha concordato la sospensione dell'attuazione e ne ha dato informazione alla Regione con nota della Conferenza di Area Vasta Udinese n. 44730 del 30-6-2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale Predisposizione e attuazione di una	Risultato atteso Predisposizione del programma di Area Vasta sulle

programmazione comune di Area Vasta sulla formazione.	aree comuni individuate entro il 31-3-2014. Attuazione del programma.
Attuazione al 31-12-2014 Il programma formazione dell'Area Vasta Udinese è stato predisposto e approvato dalla Conferenza di AVUD ed inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851/A del 31-03-2014. Tutti i corsi previsti di competenza dell'ASS 4 sono stati effettuati.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Omogeneizzazione delle procedure amministrative di accesso agli eventi formativi	Partecipazione ai tavoli di lavoro ed elaborazione di un documento di Area Vasta
Attuazione al 31-12-2014 L'Azienda ha assicurato la partecipazione al tavolo di lavoro che ha predisposto una "Proposta di Regolamento Formazione di Area Vasta Udinese".	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: - G2 Clinico >60% del totale dei referti - Laboratorio e microbiologia > 80% del totale dei referti - Medicina trasfusionale > 80 % del totale dei referti - Anatomia patologica > 95 % del totale dei referti Radiologia > 80% del totale dei referti
Attuazione al 31-12-2014 Obiettivo raggiunto per Laboratorio e Radiologia, mentre per il G2clinico, in seguito all'avviamento nel corso del secondo semestre, l'obiettivo raggiunto è del 30% circa, anche in considerazione delle criticità all'introduzione della firma digitale per l'attività garantita dagli specialistici ambulatoriali convenzionati.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso: Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF
Attuazione al 31-12-2014 L'Azienda ha adempiuto a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Risultato atteso: Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
Attuazione al 31-12-2014 I.M.F.R. Gervasutta: SDO compilate con completezza del 99,70% Ospedale di San Daniele: SDO compilate con completezza del 99,69%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.3 Pronto soccorso</b>	
Obiettivo aziendale Installazione applicativo dedicato	Risultato atteso L'ASS 4 entro il 31/12/2014 prepara il piano organizzativo per la migrazione al nuovo applicativo nei primi mesi del 2015.
Attuazione al 31-12-2014 Attività rimandata all'anno 2015, in quanto il PS di San Daniele utilizza un diverso applicativo informatico.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>CHIESTO PIANO RIORGANIZZATIVO. DOCUMENTO NON PERVENUTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso: 1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20.
Attuazione al 31-12-2014 E' proseguita l'attività di formazione degli operatori e di centro di riferimento per la soluzione delle difficoltà procedurali, raccolta e inserimento consenso al trattamento dati nonché per i consensi al trattamento dati rispetto a procedure eseguite dall'AOU (anatomia patologica, laboratorio). Al momento la Regione non ha ancora reso ufficiale il Regolamento ai sensi dell'art. 20 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso: Attivazione entro la fine del 2014
Attuazione al 31-12-2014 Order entry è attualmente in uso per le prestazioni di laboratorio e di visite specialistiche (via cupweb). Si è conclusa analisi e parametrizzazione dell'order entry per le prestazioni di radiologia dell'Ospedale di San Daniele; l'attività è stata sospesa nell'attesa dell'attuazione della LR 17/2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

## 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL</p>	<p>Risultato atteso: Gli esami sono disponibili nel repository regionale</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014 Attività non effettuata in quanto non sono pervenute indicazioni dalla DCSISSPSF in merito alle modalità di avviamento.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale: Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.</p>	<p>Risultato atteso: Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014 E' stata garantita la partecipazione agli incontri della DCSISSPSF. E' stato completato il censimento dei siti produttivi e delle diagnostiche; l'avviamento rimandato dalla DCSISSPSF all'anno 2015.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<b>L'ESTENSIONE DEL SISTEMA PACS ALLA DIAGNOSTICA ECOGRAFICA OSTETRICO/GINECOLOGICA È SLITTATA LA 2015</b>
<p>Obiettivo aziendale: Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.</p>	<p>Risultato atteso: Le aziende collaborano con il DSC alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG.</li> <li>- verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.</li> <li>- valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</li> <li>- individuazione delle possibili soluzioni</li> </ul>

	tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.
Attuazione al 31-12-2014 Attività non effettuata in quanto non sono pervenute indicazioni dalla DCSISSPSF in merito alle modalità di avviamento.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Attività specialistica ambulatoriale:</p> <p>Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2014, risulta che sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero, con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio di aprile 2014: si sono registrati tempi critici per la visita endocrinologica in classe Differita e Programmata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, unico erogatore della prestazione in Area Vasta.</li> <li>• Monitoraggio di luglio 2014: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni in classe D e P della visita endocrinologica (1.117 utenti in attesa), per le prestazioni radioterapiche e per la classe D (entro 30 gg) della visita urologica;</li> <li>• Monitoraggio di ottobre 2014 e gennaio 2015: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni a 30 e 180 gg della visita endocrinologica (1.036 utenti in attesa) e per le prestazioni di radioterapia presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, unico erogatore in Area Vasta.</li> </ul> <p>Altre prestazioni hanno presentato potenziali criticità nel corso del 2014 per tempi/n° utenti in attesa: mammografia, ecografia mammella, RM pelvi/prostata/vescica, RM encefalo e colonna vertebrale, visita ginecologica, visita fisiatrica. Alcune difficoltà a garantire i tempi d'attesa in AV derivano dalla mancanza di continuità dell'offerta presso le strutture private accreditate, soprattutto per le prestazioni di diagnostica radiologica.</p> <p>Per fronteggiare le criticità, le Aziende dell'AV hanno definito e adottato criteri di accesso e prenotazione per la diagnostica della mammella, distinguendo i primi accessi con/senza segni o sintomi dalle successive ripetizioni degli esami per screening. Sono stati inoltre definiti e adottati dalle Aziende dell'Area Vasta criteri clinici di accesso alla visita fisiatrica in età adulta e pediatrica (&gt;2 anni di età) che verranno progressivamente applicati alle agende di prenotazione.</p> <p>Attività di ricovero:</p> <p>I tempi d'attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero non presentano sostanziali criticità alle giornate indice; tuttavia si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoarteriectomia carotidea (60gg): l'intervento viene effettuato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine che registra tempi elevati (&gt;100gg) e presso l'ospedale di Tolmezzo (41 gg a gennaio 2015). Al monitoraggio di luglio tutte le rilevazioni erano &gt;60gg.</li> <li>• Interventi per neoplasie (30gg): al monitoraggio di luglio e di ottobre si rilevano tempi critici presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine (in particolare per le neoplasie di competenza uro-ginecologica), comunque rientrati nei 30 gg nell'ultimo trimestre 2014 (monitoraggio gennaio 2015).</li> </ul>	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
Attuazione al 31-12-2014 Si rimanda alla tabella dei volumi dell'allegato C per le prestazioni identificate come critiche/potenzialmente critiche, che riporta i valori 2013/2014 ed il confronto con gli impegni espressi nei PAL/PAO dell'Area Vasta Udinese. I volumi erogati risultano complessivamente superiori agli impegni 2014, anche se per le visite si registra una contrazione rispetto i volumi erogati nel 2013.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31-12-2014 Non sono pervenute dalla Regione indicazioni per aggiornare le prestazioni per le quali attivare il percorso di garanzia in caso di superamento in AV dei limiti di tempo massimo previsti dalla normativa.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono i continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso: Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 (range 1,0 – 1,2%).
Attuazione al 31-12-2014 Il rapporto tra attività istituzionale e l.p. erogate in A.S.S. 4 nel 2014 è risultato in linea con il 2013 (valore 2013=1,0%; valore 2014= 1,0%)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
	<b>NELLE RILEVAZIONI SEMESTRALI EFFETTUATE NON RISULTA ESSERE STATO RISPETTATO PER LA VISITA DI GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO (1 E 2 SEMESTRE)</b>

<p>Obiettivo aziendale: Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.</p>	<p>Risultato atteso: Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSISSPSF i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014 Sono stati trasmessi entro i termini previsti dalla DCSISSPSF i dati relativi ai monitoraggi nazionale e regionali dei tempi di attesa sulle attività istituzionali e ALPI, compresi i volumi erogati.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Obiettivo aziendale: Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.</p>	<p>Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014 La Direzione Centrale Salute ha formalizzato nel 2014 i criteri di priorità per le prestazioni di visita gastroenterologica/endoscopia digestiva, visita dermatologica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, oculistica e urologica: i primi due documenti erano già stati adottati dalle Aziende dell'AVUD nel 2013 e sono applicati correntemente alle agende di prenotazione degli erogatori pubblici e privati; per gli altri criteri, è stata data comunicazione formale ai MMG/PLS (allegati alle buste paga di maggio, luglio e settembre) e agli specialisti delle strutture aziendali, sono stati applicati alle agende di prenotazione secondo le disponibilità locali e comunque entro quattro mesi dall'emanazione. E' stato aggiornato e integrato con le nuove priorità il documento "Raccolta dei criteri di priorità per visite e prestazioni ambulatoriali", disponibile sui siti Internet delle quattro aziende dell'Area Vasta Udinese e ne è stata data comunicazione ai prescrittori. Non è stata attivata la formazione regionale dei professionisti sull'applicazione delle priorità alla specialistica ambulatoriale.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali</b>	
Obiettivo aziendale: Attuazione del programma vaccinale, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso l'azione dei pediatri e MMG in collaborazione con gli altri stakeholders	Risultato atteso: Coperture vaccinali come da tabella indicatori LEA varicella: 50%
Attuazione al 31-12-2014 I programmi vaccinali sono mantenuti. La copertura vaccinale per la varicella entro 24 mesi è stata pari al 65,1%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA EVIDENZE COPERTURE PER VACCINAZIONI LEA CHE TUTTAVIA, IN BASE A DATI DISPONIBILI ALLA REGIONE NON SEMBRANO RAGGIUNGERE LA COPERTURA ATTESA. UN TANTO IN LINEA CON QUANTO GENERALMENTE RILEVATO SU BASE NAZIONALE OVVERO IL PEGGIORAMENTO COMPLESSIVO DEI TASSI DI COPERTURA VACCINALE, COME RILEVATO ANCHE NEL RESTO DELLA REGIONE</b>
Obiettivo aziendale: Mantenere la rilevazione attiva degli eventi avversi alle vaccinazioni	Risultato atteso: Report sugli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella
Attuazione al 31-12-2014 E' stato predisposto e diffuso tra gli operatori il report intermedio al 30.06.2014 sulle reazioni avverse alla vaccinazione antivaricella.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili "La prevenzione va a scuola"	Risultato atteso: Evidenza di iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi prima infanzia
Attuazione al 31-12-2014 La pubblicazione è stata inviata a tutti i Dirigenti scolastici dell'ASS 4 con nota prot.6838/D.A ed è stata pubblicata sul sito aziendale. Il Servizio Profilassi malattie infettive aziendale ha partecipato con un suo operatore alla trasmissione su Rai 3 Regione per la diffusione della pubblicazione a livello regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di	Risultato atteso: Incremento delle segnalazioni di malattie infettive correlate al test da parte dei Dipartimenti Dipendenze ai Dipartimenti di Prevenzione (report)

Prevenzione	
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>La DCSISSPSF ha attuato il progetto "P.I.T. Uso di sostanze e patologie correlate: Percorsi, Identificazione e Testing" che ha coinvolto tutti i dipartimenti della Regione per uniformare l'offerta di testing ed un percorso di assessment diagnostico condiviso. Sono stati pertanto segnalati tutti i casi di positività secondo il protocollo regionale. Il numero di test eseguiti è aumentato ed è stata riscontrata un'unica positività per HIV segnalata alla Regione.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Realizzazione dei programmi di screening</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Vedi tabella indicatori LEA</p>
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<b>I TASSI DI COPERTURA PER SCREENING DI MAMMELLA E CERVICE UTERINA SONO INFERIORI ALL'OBIETTIVO</b>	
<p>Per le aziende con l'unità senologica:</p> <p>Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) &lt;10%</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>La % di donne invitate per lo screening della cervice uterina è stata del 100%.</p> <p>Per lo screening del colon-retto è stato raggiunto l'obiettivo fissato (&gt;56,5), mentre i tassi di copertura per gli screening di mammella e cervice uterina, seppure inferiori all'obiettivo 2014, sono migliorati rispetto al 2013.</p>	
<p>La percentuale di early recall dell'Unità senologica dell'Ospedale di San Daniele è stata dell'8,67% (Dati SISR)</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Organizzazione di un corso regionale in merito alle modalità di intervento ispettivo da parte del personale con qualifica di UPG</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Presentazione di una proposta regionale condivisa tra tutti i Direttori Dipartimento di Prevenzione per un unico corso formativo per tutto il personale UPG afferente ai Dip. prevenzione che preveda anche il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con i fondi di cui all'art. 13 c. 6 D.Lgs 81/08.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Il corso, il cui programma è stato discusso a livello regionale con i Direttori di Dipartimento, non è</p>	

stato ancora avviato.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> LA PROPOSTA È STATA PREDISPOSTA, IN COLLABORAZIONE CON IL RESPONSABILE DELLA SCPSAL DELL'ASS2, DISCUSSA CON I DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE E TRASMESSA ALLA REGIONE. NEL CORSO DEL 2015 INIZIERANNO I CORSI
<b>Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo</b>	
Obiettivo aziendale: Iniziative di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari	Risultato atteso: - Formazione ed addestramento su macchine agricole e utilizzo fitosanitari – anche interaziendale - del personale dei Dipartimento Prevenzione che effettuerà le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint, ASS n. 2 e INAIL (da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08); - Definizione, di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, a partire dalla selezione/identificazione delle macchine d'interesse, da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole, finalizzata a rendere omogenei gli interventi ispettivi su tutto il territorio regionale. La lista sarà resa disponibile ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento - Realizzazione di ispezioni in 90 aziende agricole visitate complessivamente in regione per macchine e fitosanitari, suddivise secondo il peso del comparto agricolo nei singoli territori (il dato verrà fornito entro febbraio dal gruppo regionale agricoltura coordinato dal SPSAL ASS 5)
Attuazione al 31-12-2014 1) Nel corso del 2014, in collaborazione con INAIL FVG e Gruppo Sprint dell'Università di Udine sono stati organizzati per gli operatori delle SOCPAL, due corsi di formazione (in più edizioni): "La sicurezza delle macchine agricole" (lezioni teoriche e addestramento tecnico) e "Fitosanitari: gestione e uso responsabile per la tutela della salute, della sicurezza e dell'ambiente". 2) I partecipanti al gruppo regionale agricoltura hanno predisposto "Il protocollo operativo" al fine di effettuare un controllo standardizzato sulle macchine agricole presenti in Regione. 3) Sono state ispezionate le aziende agricole, secondo i carichi assegnati, relativamente alla sicurezza macchine e fitosanitari (n. 36 aziende agricole per ASS 4 di cui 19 congiuntamente con il SIAN)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Prevenzione nel comparto edile</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (proponendo anche indicazioni in merito alla semplificazione). La check list dovrà essere resa trasparente ai sensi art 25 L- 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento.</li> <li>- Partecipazione di tutti i SPSAL ad incontro regionale organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza rivolta alle figure che operano in cantieri con riferimento all'art. 10 D.Lgs. 81/08</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>1) Gli SPSAL regionali hanno provveduto a predisporre una una check list relativamente agli interventi ispettivi in edilizia in merito alla documentazione che deve essere presente in cantiere (non è stato possibile presentarla al Comitato di Coordinamento regionale che nel 2014 non si è mai riunito).</p> <p>2) Il gruppo regionale edilizia ha provveduto ad organizzare un incontro con i rappresentanti dei Comitati Paritetici Territoriali ed Enti Bilaterali tenutosi a Palmanova il 26.06.2014 per definire modalità operative per interventi di assistenza rivolti alle figure che operano in cantiere.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Progetti nazionali</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Potenziamento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL), denominati:</p> <p>1) INFORMO (infortuni gravi e mortali)</p> <p>2) MALPROF</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>5. Inserimento nel programma INFORMO dei casi trattati a partire da quelli rientranti nella casistica indicata nella nota esplicativa - e comunque almeno 60 - d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO coordinato dall'ASS 6 Friuli occidentale tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio di dati disponibili. 2)</p> <p>6. Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta</p>

Attuazione al 31-12-2014

1) L'ASS 4 ha provveduto all'inserimento nel programma INFORMO degli infortuni sul lavoro, mortali o gravi, indagati e conclusi nel 2014. Sono stati inseriti n. 15 casi.

2) L'ASS 4 ha inserito nel sistema MALPRO il 100% delle malattie professionali indagate e concluse nel corso del 2014 per le quali si è dimostrato un nesso di causa o concausa con l'attività lavorativa (n. 106 casi).

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### **Amianto**

Obiettivo aziendale: Rilancio attività ex esposti ad amianto	Risultato atteso: - Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari. - Formazione dei medici competenti relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08. Al corso, organizzato dal CRUA, dovranno partecipare tutti i SPSAL.
---	---

Attuazione al 31-12-2014

1) Per i casi di mesotelioma indagati e conclusi nel corso del 2014 (n. 11 segnalazioni) è stato inviato al COR il relativo questionario ReNaM

2) L'AAS 4 ha collaborato con il CRUA per la realizzazione di un evento formativo rivolto ai medici competenti sul piano di sorveglianza sanitaria per gli addetti alle bonifiche di amianto. Tale evento si è tenuto a Monfalcone il 21.05.2014 e l'A.S.S. 4 vi ha partecipato con un relatore.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### **Malattie professionali osteoarticolari**

Obiettivo aziendale Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori	Risultato atteso: Organizzazione di un corso regionale per MMG, MC, Medici di Patronato, OOSS, Associazioni Datoriali, Consulenti, in collaborazione con l'INAIL con la partecipazione di tutti i SPSAL ed organizzato dall'ASS 6 anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.
--	--

Attuazione al 31-12-2014

E' stata organizzata un'attività formativa (a valenza di Area Vasta), che si è tenuta il 04.06.2014 presso Confindustria Udine, destinata a RSPP e consulenti. Inoltre, per la diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori, sono stati predisposti: -articolo inviato a tutti gli

Ordini dei Medici della Regione " I guasti del sistema certificativo in Medicina del Lavoro" da pubblicare sui rispettivi bollettini; - depliant informativo rivolto ai MMG, lavoratori, patronati ecc.. E' continuata la formazione degli operatori SPSAL sullo specifico tema, in collaborazione con INAIL FVG, attraverso la realizzazione di due giornate di studio ed approfondimento.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Conoscenza del territorio e delle specificità</b>	
Obiettivo aziendale: Conoscenza delle specificità territoriali sulla cui base impostare progetti di prevenzione coordinati tra le diverse AA.SS.SS. ed INAIL	Risultato atteso: Produzione di un documento che a partire dai dati dei nuovi flussi informativi su aziende, dipendenti, infortuni e malattie professionali, individui specificità e criticità tali da poter pianificare degli interventi coordinati a livello interaziendale o regionale su specifici comparti e/o settori produttivi
Attuazione al 31-12-2014 In data 31.12.2014 sono stati trasmessi alla DCS i seguenti documenti: 1)andamento delle malattie professionali in FVG, effettuato con i dati nuovi flussi informativi, 2) analisi di fattibilità per la realizzazione di uno sportello unico INAIL/AAS per le malattie professionali 3) criteri di attribuzione del nesso di causalità per le patologie a carico della spalla.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
Obiettivo aziendale: Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso: Proporre un modello con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
Attuazione al 31-12-2014 Proposto un modello con variabili significative condivise ed omogenee per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie, utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'allattamento al seno</li> <li>- diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della attuazione dei programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65 % dei vaccinati (rif. SIASI).</li> <li>- Alimentazione nei servizi prima infanzia (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>- Ristorazione collettiva nelle scuole primarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>- Distribuzione automatica nelle scuole secondarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dall'ospedale effettuata per il 93% dei nati; alla seconda vaccinazione rilevazione per il 77% dei vaccinati.</p> <p>Alimentazione prima infanzia: effettuati 10 sopralluoghi nei nidi d'infanzia; effettuati 3 incontri formativi rivolti a 124 educatori dei nidi d'infanzia sul tema dell'educazione alimentare e dell'allattamento al seno - In seguito alla formazione 2013, la percentuale dei nidi d'infanzia che hanno uno spazio dedicato all'allattamento è passata dal 18 al 62%; Scuole d'infanzia: effettuati 86 sopralluoghi; Scuole primarie: effettuati 46 sopralluoghi; partecipazione a 48 commissioni mensa. Scuole secondarie/vending: censimento effettuato tra 2013 e 2014; nel 2014 effettuati 16 sopralluoghi con verifica; riproposte le linee per il vending; in 2 scuole le linee per il vending sono state accolte per la redazione del nuovo capitolato.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti e degli stakeholder coinvolti</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Partecipazione a tutte le riunioni dei tavoli di lavoro regionale convocate dalla Direzione Centrale Salute. Partecipazione (13.3.2014) al tavolo di lavoro "territorio" per l'iniziativa "Tavolo a Pedali", sulla realizzazione di pista ciclabile stazione-ospedale, convocato dal comune di Udine - Mobilità e ambiente;</p> <p>Guida sicura: contrasto all'uso di alcol e sostanze 1) Progetto "Unplugged" (sviluppo life skills e contrasto all'iniziazione alle sostanze psicotrope, alcol compreso negli adolescenti): effettuato corso di formazione per insegnanti il 3, 4, 5 settembre 2014. Avviato il programma in 4 classi di 3 scuole secondarie di II grado. 2) Sviluppo dei fattori protettivi negli adolescenti: stipulato un protocollo di intesa (delibera 269 del 04/06/2014) con l'Ufficio scolastico VIII e le ASS della Provincia, 3 incontri con la Commissione Salute della CPSU per un percorso di peer education.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività formative sulla Prevenzione incidenti domestici orientate al target anziani e bambini	Risultato atteso: Evidenza delle azioni informative/formative svolte e degli stakeholder coinvolti
Attuazione al 31-12-2014 Diffusione brochure regionali agli operatori sanitari ed operatori AFA. Effettuati 2 corsi per volontari AUSER (salute in casa e prevenzione incidenti domestici).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute 1 Contrasto all'abuso di alcol: 2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo 3 Promozione dell'attività motoria	Risultato atteso: 1. Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati 2. Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione) Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi) 3. Azioni a sostegno di piedibus o iniziative analoghe
Attuazione al 31-12-2014 E' stato condotto un programma di informazione su tecniche e strumenti per la prevenzione agli insegnanti (progetto Unplugged); sono stati condotti 5 corsi anti tabagismo per la popolazione e interventi in 3 scuole cittadine; vi è stata la partecipazione al progetto CCM per la formazione di operatori sanitari per la promozione di stili di vita sani nei soggetti con doppia diagnosi; è stata data pubblicità ai corsi per smettere di fumare sul sito internet aziendale. Promozione attività motoria: Progetto del Comune di Udine "La scuola che vorrei" inerente la salubrità delle strutture scolastiche e benessere dello studente 3 incontri. Progetto "SMS-scuola, movimento, salute", promosso dalla scuola secondaria di primo grado di Codroipo e dal Distretto di Codroipo. Progetto "Scuola in movimento" crescere sportiva-mente insieme", con Ufficio Sport, Educazione e stili di vita del Comune di Udine, diretto alla scuola primaria Dante, finalizzato alla promozione dell'attività motoria quotidiana e all'integrazione culturale	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Invecchiamento attivo: Realizzazione di attività/progetti in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'intergenerazionalità	Risultato atteso: Evidenza dell'effettuazione di interventi
Attuazione al 31-12-2014 1)Progetto "Sport è - movimento e salute", con la Provincia di Udine, Università Udine - Scienze	

Motorie, le ASS 3, 4, 5 e il CONI, diretto a favorire l'attività motoria nella fascia adulti-anziani con attività adatte ad ogni età; partecipazione all'organizzazione del convegno dedicato;

2) Collaborazione nell'organizzazione dell'evento "NIPA" coordinato da Città Sane/Udine e l'associazione Nordic Walking FVG e finalizzato alla promozione dell'attività motoria e sana alimentazione nella fascia d'età over 65.

3) Gruppi di cammino: prosecuzione del sostegno ai 7 gruppi avviati a Udine e di un nuovo gruppo di cammino nel comune di Premariacco, con la collaborazione degli operatori e dei MMG del distretto di Cividale. Effettuati 3 incontri nel Distretto di Cividale e una serata di presentazione del progetto alla popolazione nel maggio 2014.

4) Progettazione e partecipazione alla "Giornata del Cammino" (12/10/2014), con il Comune di Udine e UISP.

5) Progettazione e partecipazione in data 14/12/2014 alla "Giornata della salute" in collaborazione con Città sane - Comune di Udine e UISP, prevenzione dell'obesità, dall'infanzia alla terza età.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Sezione aggiornata con materiale delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimenti di salute Mentale, Consultori, Neuropsichiatria Infantile, ecc..) pertinente i temi trattati dal portale <a href="http://www.giovani.fvg.it">www.giovani.fvg.it</a></p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Effettuata rilevazione dei progetti dedicati ai giovani attivi o attuati nel 2013, in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze; inseriti i dati nel portale dedicato.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuazione interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno su 4 temi di Guadagnare Salute (con diffusione dei risultati in azienda)</li> <li>- Effettuazione delle rilevazioni Okkio e HBSC e Obesità in gravidanza come da indicazioni regionali</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Il sistema di sorveglianza Passi è a regime. Tutte le interviste programmate sono state effettuate e registrate.</p> <p>HBSC: è stato completato l'iter di formazione operatori, effettuato un incontro propedeutico con gli insegnanti, completata la rilevazione nelle scuole tramite somministrazione dei questionari (14 maggio - 3 giugno 2014). Sono state coinvolte tutte le 59 classi campionate (36 scuole secondarie di I grado e medie e 23 scuole secondarie di II grado).</p> <p>OKkio alla salute: sono state effettuate:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• formazione degli operatori sanitari delle ASS a cura della Regione</li> <li>• formazione degli insegnanti (5 incontri dedicati)</li> <li>• sorveglianza prevista secondo criteri e programmi regionali (20 classi)</li> <li>• raccolta, inserimento dati e comunicazione dei dati dell'ultima rilevazione OKkio in 35 Istituti Comprensivi e scuole paritarie.</li> </ul> <p>La coordinatrice del SIAN dell'A.S.S. n. 4 è stata individuata quale referente regionale</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Conoscere per innovare</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Costruzione di un indice di iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>1) Effettuata mappatura dei progetti di promozione della salute promossi dal Dipartimento di Prevenzione e dal Dipartimento delle Dipendenze; realizzazione di un report "Progetti ed Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute", diffuso alle altre ASS della Regione.</p> <p>2) Predisposto il report sui temi di Guadagnare salute "L'attenzione ai fattori di rischio comportamentali nei residenti dell'ASS 4 "Medio Friuli" - i dati del sistema di sorveglianza PASSI - quadriennio 2010-2013</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Elaborato il Piano operativo aziendale sulla ristorazione collettiva ed effettuata l'attività ispettiva e di counselling nutrizionale prevista dal Piano regionale.</p> <p>Ai sensi del Reg. 882/2004 sono state effettuate 80 ispezioni su unità con preparazione in sede di cui 44 in ristorazione scolastica e 11 in residenze per anziani;</p> <p>Attività area nutrizione: 129 sopralluoghi su unità con preparazione in sede di cui 80 in ristorazione scolastica ('counselling nutrizionale' svolto anche con la partecipazione a 48 comitati mensa) e 29 in residenze per anziani.</p> <p>Attività presso le residenze per anziani: presentazione a tutte le strutture del progetto regionale; sul campione di 9 residenze sono stati rilevati tutti i dati e inseriti sulla scheda predisposta dalla DCS; è stata effettuata l'attività di formazione degli operatori delle 9 case campionate.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p>Obiettivo aziendale: Monitoraggio della applicazione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione dell'autocontrollo.</p>	<p>Risultato atteso: - Condivisione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 con la stesura di un documento finale di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese - Indicare il n. di interventi di controllo programmati per il 2014 – a conclusione della prima fase - da parte dei Servizi Veterinari e SIAN. Stesura di un report finale al fine della validazione del progetto</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>A livello regionale (referente ASS n. 2) è stato così definito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nel mese di luglio 2014 si è realizzata la formazione del personale delle unità operative dei Dipartimenti di prevenzione coinvolte nel progetto (SIAN e servizi veterinari);</li> <li>• nel 2014 si è operativamente realizzata la prima fase del progetto, con la formazione dei consulenti senior e junior, nonché l'attività di questi nelle imprese alimentari con sopralluogo e campionamento;</li> <li>• è stata redatta una relazione di valutazione della prima fase, che è stata presentata nel mese di dicembre 2014 ai responsabili Sian e veterinari;</li> <li>• la seconda fase non è stata ancora avviata per ritardi nel pagamento dei consulenti da parte di Unioncamere FVG. Considerato che gli interventi di controllo da parte dei servizi dipartimentali hanno l'obiettivo di verificare l'efficacia del modello sperimentale, il gruppo di lavoro regionale ha stabilito di procedere con gli interventi di controllo al termine della fase 2 da parte dei consulenti.</li> </ul>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>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 ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2013</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>SIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2014: Saranno programmate prime ispezioni su 675 unità produttive (dato 2011).</li> <li>- il n .audit per settore programmati per il 2014: 3</li> <li>- n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione del 100% dei campioni necessari ad assicurare tutte le determinazioni analitiche previste dal piano regionale</li> <li>- Categorizzazione del rischio come da PQSA 2014, non ancora emanato.</li> </ul> </li> </ul> <p>VET area B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2014: 2100 (dato presuntivo conteggiato sulle</li> </ul>

	<p>frequenze stabilite dal PQSA 2013 - Potrebbe subire variazioni in ordine a: modifiche PQSA 2014; variazioni di n° imprese attive, richieste di interventi in macello.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n .audit per settore programmati per il 2014: 30</li> <li>- n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti: effettuazione del 100% dei campioni necessari ad assicurare tutte le determinazioni analitiche previste dal piano regionale;</li> <li>- n. di categorizzazioni del rischio programmate: 30</li> <li>- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni: 10</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>SIAN</p> <p>effettuate 962 prime ispezioni (dato mod. A ministeriale);  effettuati 3 audit;  effettuati 103 campionamenti (100% dei campioni previsti);  effettuate 962 categorizzazioni del rischio come da PQSA 2014</p> <p>Vet area B:</p> <p>n. interventi ispettivi 2276.  n. audit per settore effettuati 35.  n. campionamenti ufficiali su matrici alimentari 138.  n. di categorizzazione del rischio effettuate 35.  n. di controlli congiunti effettuati 10.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuazione del terzo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Stesura di una relazione finale di verifica su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- miele</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>La relazione 2014 del progetto Piccole Produzioni Locali è stata trasmessa alla DCSISSPSF dal Referente regionale del progetto in data 02/02/2015 (prot.6637/V/DP dell'AAS5)</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Attuazione degli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione dei Tecnici della Prevenzione ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive</li> </ul>

	<p>(formazione, eventualmente anche con corso interaziendale, da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visite ispettive nel 15% delle rivendite presenti nel territorio aziendale secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013).</li> <li>- Visite ispettive a livello interdipartimentale (tra servizi igiene e SPSAL) in 15 aziende agricole</li> <li>- Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute, secondo le indicazioni ministeriali</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Effettuata la formazione dei TdP a livello interaziendale.</p> <p>Effettuate 19 ispezioni su 99 rivendite; su 19 aziende agricole l'attività ispettiva è stata coordinata con lo SPSAL.</p> <p>Il report con i dati ministeriali è stato inoltrato in Regione secondo le indicazioni e le scadenze indicate.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità</li> <li>- Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky</li> <li>- Eseguire i controlli previsti dal Piano Regionale</li> <li>- Mantenere l'attività di farmacovigilanza previste, con particolare riferimento alla vaccinazione contro il Morbo di Aujeszky</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Sono stati effettuati 3767 prelievi presso i 161 allevamenti di suini.</p> <p>Sono stati eseguiti i controlli previsti dal Piano Regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2014
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Effettuati n. 76 interventi di controllo sul rispetto del benessere animale</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b>	
<b>Ambiente e salute</b>	
Obiettivo aziendale Applicazione della procedura di Valutazione di Impatto sulla Salute	Risultato atteso: Evidenza del coinvolgimento dell'ARPA, delle Aziende Sanitarie ed eventualmente di alcuni "informatori chiave" quali Comune, Provincia, etc. per l'individuazione degli elementi utili all'espressione del parere su insediamenti, progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute (anche prodotti per Area Vasta).
Attuazione al 31-12-2014 È proseguita la partecipazione degli operatori del SIA (Servizio di Igiene Ambientale) ai lavori del gruppo regionale ambiente e salute, che nel 2014 ha continuato ad esplorare le diverse procedure utili per l'applicazione della VIS nell'ambito delle attività del Dipartimento di Prevenzione. In coerenza con le suddette attività e con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione, gli operatori del SIA hanno predisposto una checklist strutturata dei determinanti di salute, da utilizzarsi nei procedimenti di valutazione previsti dalla normativa (VAS, VIA, AIA) sia dai soggetti valutatori che dai soggetti proponenti. Sono stati presi in considerazione i seguenti determinanti: inquinamento atmosferico outdoor, campi elettromagnetici a bassa frequenza, determinanti sociali. Per ognuno di questi determinanti vengono riportate alcune indicazioni, che si riferiscono a parametri standard dettati dalla normativa o a comportamenti, azioni e valori consigliati da linee guida e da studi epidemiologici; contestualmente vengono richieste al proponente alcune informazioni utili per l'identificazione e la caratterizzazione del rischio. La checklist, anche se non ancora completa, viene già utilizzata dagli operatori del SIA nelle procedure di valutazione di piani, programmi e progetti, per l'espressione dei pareri richiesti dalla normativa.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione cardiovascolare</b>	
Obiettivo aziendale Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Risultato atteso: Valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale e degli stili di vita, da parte dei MMG, in una quota di cittadini appartenenti alla popolazione eleggibile (come da accordo MMG), estensione della valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale ad altre figure professionali.
Attuazione al 31-12-2014 Il Centro di Prevenzione Cardiovascolare, nel 2014 ha collaborato con la Direzione Centrale della Salute inserendo ed elaborando 7.374 schede di cittadini dai 35 ai 69 anni valutati per il rischio cardiovascolare dai MMG in relazione all'Accordo Integrativo Regionale del 12 Settembre 2012 e raccolte nel 2013. Il report di questo lavoro è stato ultimato a febbraio 2015 ed è disponibile.	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Formare i professionisti	Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia.
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Il Centro di Prevenzione Cardiovascolare, su incarico della Direzione centrale della Salute ha predisposto quattro corsi di formazione a distanza (FAD) sulla prevenzione cardiovascolare per gli operatori sanitari del Friuli Venezia Giulia: MMG, cardiologi ed altri specialisti delle patologie cardiovascolari, medici di sanità pubblica e operatori sanitari non medici (<a href="http://fad.mediofriuli.it/">http://fad.mediofriuli.it/</a>)</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>REACH</b>	
Obiettivo aziendale Applicazione del regolamento REACH in ambito locale	Risultato atteso: Almeno un'ispezione per Area Vasta
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Ispezione presso un'Azienda del territorio dell'ASS4 selezionata a seguito di valutazione dei dati forniti da tre Ditte preselezionate sulla base dei criteri stabiliti dal piano dei controlli predisposto dal Ministero della Salute.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b>	
Obiettivo aziendale Collaborazione (secondo le indicazioni regionali) tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Risultato atteso: Evidenza delle attività preparatorie all'adozione dei protocolli
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Prosecuzione delle attività inerenti il progetto "CCM 2012: ... Interventi strategici per la gestione del rischio di utenti con disturbi di interesse psichiatrico e giovani problematici" presso AUSL di Reggio Emilia, incontri formativi per operatori sanitari dei Dip Salute Mentale e di Prevenzione sulle tematiche dei sani stili di vita (Sacile, 17/03/2014 e Tolmezzo, 19/10/2014); partecipazione ad un gruppo di parola degli utenti del DSM dell'ASS Bassa Friulana.</p> <p>Effettuati due incontri Dip. Prevenzione/DSM (21 febbraio e 30 maggio 2014) e preso contatti con Dip Dipendenze e Distretto di Ud (consultorio) per la stesura di un progetto riguardante l'apertura di uno sportello di ascolto/informativo dedicato agli adolescenti (minimo 4 ore a settimana);</p> <p>Partecipazione di personale ASS4 nella stesura di un piano provinciale anti uso/spaccio di</p>	

stupefacenti e del bullismo, promosso dalla Prefettura di Udine (29/10/2014 e il 20/11/2014).  
Sviluppate attività propedeutiche aziendali (NPI, dip. Prevenzione, Dipendenze) per definire le modalità di attuazione del Piano provinciale.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di Area Vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di Area Vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> <li>- relativamente alla residenzialità/domiciliarità dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi</li> </ol>

	di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.
Attuazione al 31-12-2014	
<p>1- La prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto è stata incentivata tramite riunioni informative in ambito distrettuale dirette ai MMG, consegna di report personalizzati, interventi in convegni regionali e eventi formativi dedicati alla Medicina Generale.</p> <p>2- L'A.S.S. 4 non ha adottato protocolli di AV. Non esistono centri autorizzati in ASS4 alla prescrizione di somatropina. Per quanto riguarda l'Ospedale di San Daniele, esiste un accordo interno per la prescrizione a tutti i pazienti naive di fattori di crescita granulocitari; tale accordo è in essere anche per le epoetine, ma è stato sospeso per mancanza del dispositivo di sicurezza sui biosimilari. I consumi dei farmaci biosimilari sono stati monitorati e trasmessi ai responsabili di distretto/dipartimento e delle strutture ospedaliere.</p> <p>3- Vengono garantite la distribuzione diretta in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica per i farmaci non distribuiti presso le farmacie aperte al pubblico e la distribuzione in strutture residenziali secondo prontuario aziendale. Monitoraggio semestrale dei consumi trasmesso ai Responsabili di dipartimento/distretto.</p> <p>4- Per i nuovi anticoagulanti e farmaci per HCV distribuiti per conto o in diretta viene garantita la verifica dei piani terapeutici e monitoraggio dei consumi, come da indicazioni regionali.</p> <p>5- Report regionale implementato e consegnato regolarmente ai MMG.</p> <p>6- Monitoraggio effettuato nei limiti delle criticità del sistema di rilevazione e controllo. (Ritardo di 12 mesi nella disponibilità dei dati)</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO (4/7)</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (PROTOCOLLI AREA VASTA)</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>5. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)	<p>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</p> <p>2. A livello di Area Vasta, anche tramite il prontuario di Area Vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</p> <p>3. La cartella oncologia informatizzata viene</p>

	<p>implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</p> <p>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</p> <p>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</p>
<p><b>Attuazione al 31-12-2014</b></p> <p>1- Il recupero di quanto dovuto è monitorato e assicurato per i medicinali erogati. La prescrizione dei farmaci è garantita secondo quanto previsto.</p> <p>2- Attività di Area Vasta sospesa. Prontuario e protocolli di Area Vasta non recepiti da ASS 4.</p> <p>3- Presso l'Ospedale di San Daniele le cartelle oncologiche sono state compilate in modo completo per il 96,52% (escluse le cartelle ematologiche).</p> <p>4- I flussi informativi sono stati garantiti secondo la tempistica indicata.</p> <p>5- Farmaci di File F registrati in ASCOT- BO e Siasa File F.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (PROTOCOLLI AREA VASTA)</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (89.65%)</b></p> <p><b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

**Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure**

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimento reportistica semestrale indicatori regionali di governo clinico e sicurezza delle cure;</li> <li>- Partecipazione all'avvio delle attività per il</li> </ul>
--	---

europeo (direttiva 24/2011) e nazionale	<p>Safety Walk Around a seguito dell'esplicitazione e condivisione della metodologia regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusione/consolidamento delle procedure per il miglioramento della prescrizione e somministrazione dei farmaci in tutte le strutture aziendali con accoglienza sulle 24 ore; ricognizione sulle attività esistenti per la sicurezza della gestione del farmaco nelle residenze per anziani e partecipazione alla progettazione di apposita survey i coerenza con gli indirizzi regionali; partecipazione allo studio regionale sulla polifarmacoterapia per quanto attiene i setting ospedaliero ed RSA; prosecuzione delle attività per il miglioramento dell'uso degli antibiotici in coerenza con le indicazioni regionali entro il progetto 'antibiotic stewardship';</li> <li>- Definizione degli standard di sicurezza adottati, evidenza delle misurazioni effettuate e dei piani di miglioramento per le situazioni che rivelano scostamenti negativi rispetto allo standard di riferimento (compreso quanto espresso dal programma nazionale esiti);</li> <li>- definizione degli standard di appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie per la gestione dell'infarto miocardico e dello stroke cerebrale;</li> <li>- Integrazione della reportistica aziendale su governo clinico e sicurezza delle cure con i dati assicurativi e relativi al contenzioso</li> <li>- Progettazione e definizione della procedura per la progressiva messa a disposizione dei cittadini, anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011, delle informazioni utili per favorire scelte consapevoli, compresi alcuni dati di performance in coerenza con la trasparenza garantita a livello regionale;</li> <li>- Miglioramento/sviluppo del coinvolgimento e dell'informazione dei pazienti e dei care giver per quanto riguarda: prevenzione delle cadute accidentali, lesioni da decubito, sicurezza nella gestione dei farmaci e prevenzione delle infezioni;</li> <li>- Formazione aziendale su 1) gestione del rischio clinico, 2) risultati dei sistemi di misura della qualità, 3) Non Technical Skills e strumenti di</li> </ul>
---	--

	<p>gestione del rischio (check list e briefing);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adottare procedure in coerenza con le raccomandazioni ministeriali: 'prevenzione del suicidio'; prevenzione atti di violenza a danno di operatore; 'prevenzione dell'osteonecrosi da bifosfonati'; 'prevenzione errori terapia con farmaci antineoplastici'</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>E' stata prodotta la reportistica semestrale indicatori regionali di governo clinico e sicurezza delle cure; non sono stati avviati da parte della Regione i Safety Walkrounds; Sono state diffuse le procedure per il miglioramento della prescrizione e somministrazione dei farmaci in tutte le strutture aziendali con accoglienza sulle 24 ore (con audit sulla qualità prescrittiva negli Ospedali e sulla gestione dei farmaci nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze); si è garantita la partecipazione al tavolo regionale per la ricognizione sulle attività esistenti per la sicurezza della gestione del farmaco nelle residenze per anziani; partecipazione allo studio regionale sulla polifarmacoterapia per quanto attiene i setting ospedaliero ed RSA.</p> <p>Prosecuzione delle attività per il miglioramento dell'uso degli antibiotici in coerenza con le indicazioni regionali entro il progetto 'antibiotic stewardship': identificati i referenti ospedaliero e territoriale, garantita la partecipazione al tavolo di lavoro regionale e la collaborazione per la realizzazione delle linee guida regionali per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti. Effettuata una rilevazione sulle attitudini prescrittive dei medici delle RSA e case di riposo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione degli standard di sicurezza adottati: per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti si continua il monitoraggio degli indicatori regionali e sono stati effettuati audit mirati su 1) qualità prescrittiva negli ospedali; 2) gestione sicura del farmaco e qualità prescrittiva nei dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze; 3) sorveglianza dell'applicazione delle misure d'isolamento; 4) l'utilizzo degli ausili di sicurezza nelle strutture aziendali.</li> <li>- E' stato sviluppato un lavoro interaziendale e interdisciplinare per la definizione del PDTA del paziente con ictus e TIA in Area Vasta Udinese, supportato da un progetto di Formazione sul Campo per 50 partecipanti. Il documento è stato presentato in una riunione di consenso ai professionisti delle discipline interessate (dicembre 2014) ed è stato adottato dalle Aziende dell'AV (delibera del DG A.S.S. 4 n. 650 del 24/12/2014).</li> <li>- Integrazione della reportistica aziendale su governo clinico e sicurezza delle cure con i dati assicurativi e relativi al contenzioso: è stata effettuata la revisione delle richieste di risarcimento e delle denunce ancora aperte e sono stati segnalati i casi alle singole SOA per evidenziare l'eventuale necessità di azioni di miglioramento oltre a quelle già poste in essere nella gestione del processo di incident reporting. Le informazioni relative al contenzioso sono state diffuse il 29/12/2014 ai responsabili delle S.O.A. e nell'ambito della rete di analisti facilitatori del processo di incident reporting.</li> <li>- Progettazione e definizione della procedura per la progressiva messa a disposizione dei cittadini, anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011, delle informazioni utili per favorire scelte consapevoli, compresi alcuni dati di performance in coerenza con la trasparenza garantita a livello regionale: non sono stati definiti criteri univoci a livello generale; in ogni caso è stato rivisto il sito aziendale riorganizzando le informazioni e facilitando l'accesso ai fruitori;</li> </ul>	

<p>- Miglioramento/sviluppo del coinvolgimento e dell'informazione dei pazienti e dei care giver per quanto riguarda: prevenzione delle cadute accidentali, lesioni da decubito, sicurezza nella gestione dei farmaci e prevenzione delle infezioni: garantita la partecipazione ai rispettivi tavoli regionali (che ancora, però, non hanno concluso le attività)</p> <p>- Formazione aziendale su 1) gestione del rischio clinico, 2) risultati dei sistemi di misura della qualità, 3) Non Technical Skills e strumenti di gestione del rischio (check list e briefing): tutti i corsi previsti sono stati effettuati.</p> <p>- Adottare procedure in coerenza con le raccomandazioni ministeriali: 'prevenzione del suicidio'; prevenzione atti di violenza a danno di operatore; 'prevenzione dell'osteonecrosi da bifosfonati'; 'prevenzione errori terapia con farmaci antineoplastici': predisposte e diffuse le procedure per 'prevenzione del suicidio'; prevenzione atti di violenza a danno di operatore; 'prevenzione dell'osteonecrosi da bifosfonati; predisposta una check list (con il coinvolgimento della SOS di Oncologia dell'Ospedale di San Daniele) per la sicurezza nella gestione dei farmaci antitumorali.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.3 Accreditamento</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prosecuzione del programma di accreditamento</li> <li>- redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Non sono pervenuti i requisiti citati da parte della Regione. Per quanto riguarda le attività di accreditamento consolidate, sono state effettuate tutte le vigilanze previste alla scadenza (3 sedi Medicina dello Sport; 3 sedi Dialisi; Medicina Trasfusionale).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>L'OBIETTIVO SULL'AUTOVALUTAZIONE ERA STATO STRALCIATO CON DGR 1322/2014.</b></p> <p><b>L'ALTRO È STATO RAGGIUNTO. INOLTRE ALLE ASS ERA RICHIESTA ANCHE LA MESSA A DISPOSIZIONE DEI PROFESSIONISTI VALUTATORI PER LE ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, ANCHE QUESTO RISULTATO, NON ESPlicitATO, È STATO RAGGIUNTO.</b></p>

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento;</li> <li>- Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica;</li> <li>- Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare;</li> <li>- Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSPF;</li> <li>- Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Nel corso del 2014 sono state definite le procedure applicative delle linee guida regionali e recepite nel Regolamento aziendale dell'Assistenza protesica (DG n.159 del 18.04.2014). I contenuti del Regolamento sono stati presentati e condivisi con i medici, dipendenti e convenzionati, i fisioterapisti e gli amministrativi delle strutture aziendali attraverso alcuni incontri informativi/formativi. Le attività di riciclo degli ausili sono proseguite anche superando alcune difficoltà derivanti dalla ditta che gestisce per l'azienda il magazzino centrale. L'azienda ha acquisito gli ausili elencati nel PRAP attraverso la gara DSC per cui oltre il 95% risulta fornito da "comodato d'uso". Alcuni operatori hanno partecipato alle attività propedeutiche per la definizione del capitolato della gara di acquisto degli ausili del PRAP, che non è stata ancora effettuata. Nel corso dell'anno si è provveduto ad aggiornare l'elenco dei prescrittori dei dispositivi protesici indicando all'INSIEL la cancellazione dei medici non più presenti, sia specialisti convenzionati che dipendenti, e la richiesta di inserimento dei nuovi prescrittori, ovvero dell'abilitazione all'utilizzo del sistema informatico predisposto. Si è provveduto altresì a fornire ai nuovi prescrittori le indicazioni operative per l'utilizzo del sistema al fine di garantirne l'appropriatezza.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> <li>- Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>A seguito dell'emanazione delle Linee-guida sulle Protesi acustiche è stata effettuata un'analisi</p>	

delle criticità logistiche e tecnologiche presenti nelle strutture aziendali. Le difficoltà rilevate sono state superate mediante la scelta di opportune sedi ambulatoriali e condivisione di apparecchi strumentali.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>NON RISULTA IMPLEMENTATA LA LINEA GUIDA PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013)</b>
--	---

<b>Linea 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Risultato atteso: - Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.
Attuazione al 31-12-2014 È stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici di lavoro regionali	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>
Soddisfamento del debito informativo nei confronti del Ministero	- Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
Attuazione al 31-12-2014 I dati previsti dal flusso ministeriale relativi al setting hospice sono stati inviati nei modi e nei tempi stabiliti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti</b>	
Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	1.Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. 2.Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >30%.
Attuazione al 31-12-2014 Registrati tutti i quattro casi deceduti in Terapia Intensiva.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>L'AZIENDA NON PUÒ EFFETTUARE ACCERTAMENTI DI MORTE</b>

Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
Attuazione al 31-12-2014 Nel corso dell'anno sono stati effettuati prelievi di cornea su tredici pazienti deceduti in area medica, valutati secondo le indicazioni diffuse dal Centro Regionale Trapianti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto
Attuazione al 31-12-2014 La situazione attuale in merito alla "definizione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto" è la seguente: <u>Trapianto di rene:</u> è in uso una scheda per l'inserimento in lista di trapianto che è stata stabilita dall'Organizzazione Nord Italian Transplant (NIT) contenente le informazioni necessarie per l'inserimento in lista di attesa del paziente, che accompagna il paziente nella visita nefrochirurgica per l'inserimento in lista. La scheda è uniforme in tutta l'organizzazione NIT. Copia della scheda è conservata nel centro di appartenenza e copia della stessa viene archiviata al centro trapianti. Inoltre ogni bimestre viene effettuato l'aggiornamento del campione ematico per la compatibilità dei tessuti e compilato un report per patologie acute intercorrenti che impediscono il trapianto. Annualmente vengono effettuati esami strumentali per il mantenimento in lista. A trapianto avvenuto, dopo i primi sei mesi, il paziente viene riaffidato al centro di appartenenza e seguito ambulatorialmente dai medici del centro in un ambulatorio dedicato. La situazione clinica del paziente viene annualmente comunicata al centro trapianti. <u>Trapianto di fegato:</u> è in uso una modalità di segnalazione dei casi candidabili al trapianto di fegato instauratasi fra i dirigenti della SOC di Medicina che si occupano di epatologia e il centro di riferimento della Medicina universitaria dell'AOU di Udine. <u>Trapianto di cuore:</u> è in uso una modalità di segnalazione con l'Ambulatorio Scompenso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Udine che gestisce le fasi pre e post trapianto.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale: ASS 4 "Medio Friuli"</b>	
Obiettivo aziendale: Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Risultato atteso: Contributo all'alimentazione del flusso informativo
Attuazione al 31-12-2014 Viene costantemente mantenuto il flusso informativo	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: Mantenimento dell'accreditamento della struttura

Accreditamento della struttura trasfusionale	trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)
Attuazione al 31-12-2014 Sono stati confermati l'autorizzazione e l'accreditamento della struttura trasfusionale di San Daniele.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.3.8 Reti di patologia - Linea in parte di Area Vasta**

Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone con la seguente suddivisione - AV.Giu. Isontina per le neoplasie della mammella - AV.Udinese per le neoplasie del polmone - AV.Pordenonese per le neoplasie del colon retto	Risultati attesi Le tre aree vaste 1. Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente). 2. Entro 31/12/2014 ogni Area Vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale. 3. Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste.
Attuazione al 31-12-2014 Il documento di analisi è stato redatto e inviato in Regione con nota n. 52330 del 31-7-2014. Co la lettera del 30-6-2014, prot. 44730, era stato richiesto alla Regione di modificare la data originariamente prevista per l'invio del 30-6 con il 31-7-2014. Il processo di sviluppo del percorso diagnostico-terapeutico individuato, con particolare riferimento all'integrazione Ospedale/territorio, è stato ritardato in ordine all'intercorsa revisione istituzionale del SSR, come previsto dalla LR 17/2014, ed alla conseguente previsione di superamento delle Aree Vaste. L'analisi peraltro prosegue ai fini scientifici e sarà oggetto di pubblicazione.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Patologia cardiovascolare: Avvio della rete delle emergenze cardiovascolari	OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666/2014

**Linea 1.3.3.9 Percorso nascita**

Obiettivo aziendale Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso	Risultati attesi - Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e
---	---

nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012	collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio – Agenda della gravidanza -procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).
Attuazione al 31-12-2014 E' stata garantita la partecipazione con personale del Dipartimento Materno-infantile del presidio di San Daniele e la collaborazione a tutte le attività del Comitato regionale per il percorso nascita.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare</b>	
Obiettivo aziendale: - Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.	Risultati attesi: Per le Aziende: - Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche) - Segnalazione di tutte le nuove diagnosi
Attuazione al 31-12-2014 Il coordinamento regionale delle Malattie Rare nel corso del 2014 non ha intrapreso alcuna iniziativa per la ridefinizione della rete regionale Malattie Rare.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.11 Diabete</b>	
Obiettivo aziendale Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.	Risultato atteso Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale. Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici

	<p>indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale. Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> <li>- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul> <p>Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione.</p> <p>Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>E' stata garantita la disponibilità aziendale per la partecipazione ai tavoli di lavoro. Il documento di indirizzo regionale "Il Diabete gestazionale" è stato distribuito nel novembre 2014 ai MMG e PLS, oltre che ai responsabili dei Distretti e alla Direzione medica dell'Ospedale di San Daniele.</p> <p>Nel 2014 è stato redatto il "Regolamento aziendale per l'assistenza farmaceutica integrativa regionale" a cura di un gruppo di lavoro interdirezionale e multidisciplinare che ha definito le regole per la distribuzione dei presidi AFIR, al fine di rendere equa ed omogenea l'erogazione per i pazienti diabetici sul territorio aziendale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.12 Sanità penitenziaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasferimento dei rapporti di lavoro</li> <li>2. Trasferimento delle attrezzature, degli arredi, beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia. così come elencati da apposito inventario trasmesso dalla Regione</li> <li>3. Convenzioni con gli istituti penitenziari, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione, per usufruire dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie che vengono concessi in uso gratuito.</li> <li>4. Definizione di forme di collaborazione relative alla sicurezza tra l'ordinamento</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le ASS hanno posto in essere tutti gli atti e provvedimenti necessari per quanto riguarda i trasferimenti del personale dal Ministero della Giustizia al servizio sanitario</li> <li>2. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali sono stati presi in carico dalle ASS</li> <li>3. Sono state stipulate le convenzioni per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie</li> <li>4. E' stato stipulato protocollo di intesa interistituzionale in materia di sicurezza</li> <li>5. Le ASS garantiscono le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste</li> </ol>

<p>sanitario e l'ordinamento penitenziario</p> <p>5. Nelle more di una definizione dettagliata dei LEA da garantirsi ai detenuti negli istituti penitenziari del FVG e delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale vengono mantenute le consuetudini in atto al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.</p> <p>6. Analisi dei prontuari farmaceutici e adozione di provvedimenti per garantire la continuità farmaceutica ai detenuti</p> <p>7. Redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG</p>	<p>nei livelli essenziali di assistenza secondo le consuetudini in atto</p> <p>6. I Responsabili servizio farmaceutico di ogni ASS ha preso i dovuti contatti con il Dirigente sanitario dell'istituto penitenziario per l'analisi del prontuario farmaceutico.</p> <p>7. Le ASS collaborano con i propri referenti alla redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Il risultato è raggiunto.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con Delibera del Direttore generale n. 628 del 31-12-2013 sono stati presi in carico da parte dell'A.S.S. n. 4 Medio Friuli, i dipendenti del Ministero della Giustizia che operano presso la Casa circondariale.</li> <li>2. Con deliberazione DG n.28 del 24.01.2014, l'ASS4 ha recepito l'inventario dei beni mobili, attrezzature, beni strumentali ed utilizzo locali ad uso sanitario della Casa Circondariale di Udine prendendoli formalmente in carico.</li> <li>3. Stipulato l'atto convenzione prot. n. 57/CD del 13/03/2014 per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie.</li> <li>4. Il protocollo di intesa in materia di sicurezza è stato inviato alla Direzione della Casa Circondariale, ma non ancora sottoscritto.</li> <li>5. Attività regolarmente in essere dal 01/01/2014.</li> <li>6. Dal gennaio 2014 viene utilizzato il prontuario farmaceutico aziendale territoriale. Presso la Casa Circondariale di Udine non esiste un dirigente sanitario d'istituto.</li> <li>7. E' stata garantita la partecipazione e collaborazione alle attività del gruppo di lavoro regionale sulla Sanità Penitenziaria.</li> </ol>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblies dei Sindaci degli ambiti distrettuali.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nel PAL vi è evidenza del recepimento degli obiettivi e delle azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblies dei sindaci degli ambiti distrettuali.</li> <li>2. Le ASS perseguono gli obiettivi previsti nel documento di programmazione integrata per il 2014.</li> <li>3. Le ASS in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni provvedono al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività</li> </ol>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Con l'adozione del PAL 2014 (delibera DG A.S.S. 4 n.625 del 31/12/2013) sono stati recepiti i documenti. I distretti hanno collaborato con gli Ambiti al perseguimento degli obiettivi. I servizi sociali dei Comuni in accordo con i Distretti hanno realizzato i monitoraggi trimestrali rappresentativi delle attività svolte.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le ASS congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni provvedono alla predisposizione del Programma attuativo annuale da realizzare nel 2015 e al rinnovo dell'atto di intesa.</p>	OBIETTIVO STRALCIATO con DGR 2666/2014

<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione – Linea comune di Area Vasta, in parte</b>	
<p>Obiettivo di Area Vasta:</p> <p>Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA.</p>	<p>Risultato atteso: <u>Per l' Area Vasta:</u></p> <p>Nel 2014 attivazione di 10 PL di SUAP presso una residenza protetta o in alternativa in un modulo dedicato di RSA con rispetto degli standard previsti Programmazione di ulteriori 10 PL in residenza protetta con attivazione da programmare entro luglio 2015</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Con comunicazione prot. 94403/A del 31/12/2013 a firma del DG dell'ASS 4 "Medio Friuli", capofila di Area Vasta, è stato trasmesso alla DCSISSPF il progetto "Attivazione della Rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite in Area Vasta". Il progetto prevedeva l'attivazione presso l'I.M.F.R. Gervasutta di 10 p.l. dedicati alla SUAP, attivazione condizionata da investimenti edili-impiantistici, arredi, attrezzature e personale per un importo totale di complessivi 1.141.900€. Vista l'importante manovra di rientro sui bilanci delle aziende dell'Area Vasta ed il vincolo sul</p>	

<p>personale, non è stato possibile dar seguito alla progettualità.</p> <p>Nel corso del 2014 è stata effettuata un'analisi relativa alla collocazione degli utenti in stato vegetativo residenti in Azienda (vedi Delibera DG A.S.S. 4 n.469/2009, Delibera DG A.S.S. 4 n.97/2013, Fondo Gravissimi). E' stato verificato l'impegno di spesa relativo a tali collocazioni rispetto all'Azienda sanitaria, al sociale e alla famiglia. Sono state analizzate le norme di settore e le relative indicazioni previste, nonché i requisiti organizzativi indicati dalla Regione per le strutture di accoglienza SUAP o Residenze Protette. E' stata inoltre fatta un'analisi puntuale degli utenti accolti presso le degenze ospedaliere dell'IMFR e formulata una proposta di collocazione di tali utenti presso le residenze protette convenzionate con l'Azienda.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>DA QUANTO RAPPRESENTATO RISULTA CHE È STATA FATTA UN'APPROFONDATA ANALISI E FORMULATA UNA PROPOSTA MA NON È STATA REALIZZATA</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA</p>	<p>Per ASS4</p> <p>Incremento dei 10 PL di UGC per un totale di 20 nel 2014 e programmazione di un ulteriore incremento a 25 da realizzarsi entro luglio 2015.</p> <p>Graduale acquisizione delle risorse necessarie per l'URNA metà delle quali entro il 2014 e le restanti entro luglio 2015.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Dal 1 settembre 2014 i posti letto dell' Unità Gravi Cerebrolesioni sono stati incrementati da 12 a 16, attraverso la diminuzione di un egual numero di posti presso la struttura di Riabilitazione generale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.3 Salute mentale</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale e di Area Vasta :</p> <p>Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di Area Vasta per i servizi afferenti all'area degli adulti e dell'età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Definire percorsi di contenimento della fuga extraregionale in particolar modo per la residenzialità migliorando l'offerta territoriale;</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Nell'anno 2014 è stata potenziata la collaborazione tra Servizi SM e quelli dell'età evolutiva. Si è formato un "gruppo di studio" sugli esordi a cui hanno partecipato operatori di vari servizi dell'Area Vasta Udinese (Servizi per la SM, Dip. delle Dipendenze, Dip. di Prevenzione e NPIA).</p> <p>Nelle strutture residenziali dei DSM sono stati inseriti quattro giovani 18enni, già in carico ai Servizi SM, per i quali era stato definito un percorso/progetto residenziale all'interno del DSM al</p>	

compimento del 18 esimo anno.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Avvio e consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, 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, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>È stato attivato un "gruppo osservazionale, di analisi e studio" sulle diverse prassi/azioni che vengono adottate nei diversi ambiti di lavoro (Servizi per la SM, Dip. delle Dipendenze, Dip. di Prevenzione e NPIA) per il riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, sulle modalità di analisi delle fragilità e dei rischi (quale approccio e quale modalità di intervento e raccordo).</p> <p>A livello di Area Vasta l'ADCA e la NPIA hanno collaborato alla gestione di 10 casi di pazienti adolescenti.</p> <p>Inoltre, l'ADCA e la Clinica Psichiatrica Universitaria dell'AOUUD hanno attivato un gruppo di lavoro regionale che ha coinvolto oltre ai SSM/DCA e i servizi dell'età evolutiva, anche i Dipartimenti Pediatrici di tutti gli ospedali regionali, il Servizio per i DCA di San Vito al Tagliamento, il Servizio Specialistico di Portogruaro (VE) e l'Associazione La Fenice focalizzando attenzione sugli gli interventi erogati verso la fascia di età 16 - 19 anni.</p> <p>Sul tema degli "esordi" sono state, altresì, organizzate due distinte edizioni di un evento formativo su <i>Disagio giovanile ed esordi psicotici: principi dell'intervento per il riconoscimento e la presa in carico integrata</i>, alla quale i professionisti e gli operatori dell'Area Vasta hanno partecipato sia come docenti che come discenti.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Consolidamento dei programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento	Vedi Linea 1.3.4.10
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>RETE Disturbi del Comportamento Alimentare – Linea comune di Area Vasta</b>	
Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)	Trasmissione alla DCSISSPS entro <b>31 dicembre</b> 2014 degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e i dipartimenti di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di Area Vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza

	semiresidenziale ai casi che lo richiedano.
Attuazione al 31-12-2014 Nessun elemento di modifica è intervenuto in rapporto al documento già elaborato e formalizzato nel corso del 2012-2013 dalla DCSISSPS. Nel corso dell'anno 2014 n. 3 progetti di cura e riabilitativi in regime residenziale (per tre ragazze entro i 20 anni) sono stati autorizzati dal DSM verso il Servizio Specialistico di Portogruaro, tenuto conto che la fase più acuta (con pericolo di vita) era stata gestita dall'AOUUD con la partecipazione delle professionalità del ADCA/DSM.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>ANCHE SE SONO STATI PERSEGUITI I RISULTATI DI ATTIVITÀ, NON SONO PERVENUTI GLI ACCORDI FORMALIZZATI ALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE</b>
<b>Riorganizzazione della rete dei CSM – Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo di Area Vasta Riorganizzazione della rete dei CSM h12/h24.	Risultato atteso Riequilibrio/omogeneizzazione della rete di offerta dei CSM sulle 12 o 24 ore nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale di Area Vasta Udinese.
Attuazione al 31-12-2014 Il DSM nel corso del 2014, con la collaborazione del Dipartimento Tecnico e della SOC Beni e Servizi, l'impegno è stato dedicato alla nuova sede del CSM di Cividale, servizio da anni sofferente per carenze strutturali e inadeguatezza della sede. La nuova sede è inserita nel comprensorio distrettuale di Cividale ed è stata organizzata e programmata per l'attivazione nelle 24 ore con una dotazione di 6 posti letto. Nel corso del 2014 la sede di Gemona è stata oggetto di importanti lavori di ristrutturazione: il servizio per alcuni mesi è stato trasferito ed è stata sospesa l'offerta sulle 24 ore, regolarmente ripresa a novembre 2014, nella sede ristrutturata. Anche la sede che ospita il CSM di Palmanova è stata oggetto di ristrutturazione e nei primi mesi del 2014 è stata trasferita presso l'ex sede del Sert, senza interrompere l'attività nelle 24 ore.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.4. Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale - Garantire in ogni Dipartimento dipendenze accesso a soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti, per l'informazione e l'orientamento verso servizi di possibile presa in carico. - Collaborare con la Direzione regionale competente per rispondere agli obiettivi previsti dal progetto nazionale GAP.	Risultato atteso: - Ogni Dipartimento offre uno "sportello" a cui il cittadino può rivolgersi per informazioni competenti. - Ogni ASS ha individuato un referente per le attività in materia di gioco d'azzardo patologico. - Entro il 31.12.2014 produzione report alla Direzione
Attuazione al 31-12-2014	

E' stato attivato nei primi mesi del 2014 uno sportello che garantisce l'accessibilità diretta e continua per soggetti con GAP; dal novembre 2014 è attivo un gruppo terapeutico per soggetti con GAP ed è stato formalizzato un progetto per la presa in carico dei pazienti; è stata attivata all'interno del database informatico Mfp5 una sezione dedicata al GAP, ed è stato nominato il referente del dipartimento GAP.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</li> <li>- Partecipazione al processo di accreditamento fra pari delle comunità terapeutiche.</li> <li>- Confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi.</li> <li>- Monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive.</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione, nell'ambito dell' Osservatorio sulle Dipendenze, di linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi</li> <li>- Evidenza della partecipazione al processo di accreditamento. (Almeno un rappresentante per servizio per le dipendenze presente nell'équipe valutativa)</li> <li>- Evidenza del monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive (con produzione di dati aggregati divisi per servizio sulla diffusione dell'uso)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro dell'osservatorio regionale e del tavolo di coordinamento regionale dei responsabili dei dipartimenti; due operatori del dipartimento hanno partecipato al percorso di accreditamento tra pari nell'equipe valutativa. Vi stata un'attenzione costante alla diffusione di nuove sostanze (vedi dati Mfp5) che, dal punto di vista dell'affluenza al servizio, risultano quasi sconosciute.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta, in parte</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>La SOC Nefrologia Dialisi dell'ospedale di San Daniele ha avviato nel mese di febbraio 2013 l'attività di dialisi peritoneale e al 31/12/2013 si registravano 6 pazienti. Nel corso del 2014 il trattamento è stato implementato secondo quanto previsto in Area Vasta, con l'avvio a dialisi peritoneale di n° 13 nuovi pazienti.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo di Area Vasta:</p> <p>Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer</p>	<p>Risultati attesi:</p> <p>E' predisposta ed attuata la revisione dell'assetto organizzativo e funzionale delle Unità di</p>

per rendere omogenea offerta sul territorio di Area Vasta	Valutazione Alzheimer
Attuazione al 31-12-2014 La linea di lavoro non è stata attivata a livello di Area Vasta Udinese. Per quanto riguarda l'attività garantita presso il distretto di Codroipo, si segnala che è stata stabilizzata la presenza dello specialista neurologo per l'Unità di Valutazione Alzheimer	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
<b>Rete Demenze</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione della Rete di presa in carico nel settore delle demenze	OBIETTIVO STRALCIATO (DGR n. 2666 del 30-12-2014)

<b>Linea 1.3.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate</b>	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultati attesi Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013 secondo le modalità definite dal Centro Coordinamento regionale
Attuazione al 31-12-2014 È stata garantita la partecipazione alle attività organizzate da Coordinamento regionale e, in particolare, a due incontri (marzo e agosto 2014) dedicati alla presentazione del Protocollo SmartCare e della Piattaforma informatica collegata al progetto. Il progetto è stato presentato in settembre 2014 all'UDMG del distretto di Udine.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</b>	
Obiettivo aziendale : Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISSR	Risultato atteso: 1) Codifica con ICD9-CM e i caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi dei pazienti con PAI/ PRI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie. 2) Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo. 3) Monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCSISSPF. 3a) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della diagnosi(con PAI/PRI si)è>90%

	<p>L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della diagnosi (con PAI/PRI si) è &gt;75%</p> <p>3b) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della Valgraf (con PAI/PRI si) è &gt;70%</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della Valgraf (con PAI/PRI si) è &gt;50%</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>A fronte dell'analisi effettuata nel corso del 2013 dei setting domiciliari SID e SRD, sono state condivise le criticità presenti e individuate le modalità operative da seguire per superarle. Pertanto nel 2014 sono stati individuati dei gruppi di lavoro composti dai reponsabili infermieristico e riabilitativo della direzione sanitaria e dagli operatori di distretto per condividere le modalità di presa in carico e relativa registrazione sul sistema informativo degli utenti domiciliari. Le indicazioni riguardavano: la codifica ICD 9 di tutti gli utenti, la definizione del PAI/PRI e l'utilizzo della scheda Val.graf per tutti gli utenti in carico al SID e SRD con Pai/PRI. Durante l'anno è stato effettuato un monitoraggio continuo sull'implementazione del sistema informativo, apportando le correzioni e le integrazioni necessarie rispetto ai problemi che emergevano. Pertanto per tutti gli utenti in carico con PAI/PRI (100%) è stata compilata la codifica diagnostica attraverso la classificazione ICD 9.</p> <p>Inoltre per tutti gli utenti con PAI/PRI (100%) è stata compilata e inserita la Valgraf nel sistema informativo predisposto.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>1) Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti:</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborazione, con la DCSISPS, nella formulazione di una proposta di nuova classificazione delle residenze per anziani presenti sul territorio aziendale da sottoporre al parere della Conferenza dei sindaci.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Non sono pervenute indicazioni regionali pertanto l'attività non è stata realizzata.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<b>NON È STATO DATO AVVIO AL PROCESSO DI RICLASSIFICAZIONE</b>
<p>2) Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali funzionanti</p>	<p>Per ogni domanda di autorizzazione pervenuta, tutte le ASS danno evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di ispezione presso il servizio,</li> <li>- Rilascio di atto autorizzativo ovvero comunicano al richiedente i motivi ostativi all'accoglimento della domanda.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p>	

<p>Nel 2014 è pervenuta un'unica richiesta di convenzionamento recepito con Delibera n.112 del 20/03/2014 "Approvazione convenzione tra l'Azienda per Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" e il Centro Semiresidenziale per persone affette da demenza della Fondazione "E. Muner De Giudici", ubicato in Pradamano, Frazione Lovaria, Via della Libertà 19, per l'abbattimento della retta di accoglienza nei Servizi semiresidenziali di persone non autosufficienti accolte in Strutture per anziani non autosufficienti, ai sensi dell'art. 13, comma 2 della L.R. 10/1997, con decorrenza 10.03.2014 e fino al 31.12.2014".</p> <p>Nel dispositivo della delibera sono indicate le ispezioni o valutazioni.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica e approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati negli anni precedenti;</li> <li>- Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita;</li> <li>- Monitoraggio del requisito (con relativi criteri e standard) scelto nei PAL 2013 ed attivazione di un percorso di promozione della qualità in almeno 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del territorio aziendale;</li> <li>- Predisposizione di una relazione illustrativa dell'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Sono state realizzate alcune verifiche e approfondimento dei percorsi avviati in particolare a Villa Nimis e all'ASP Cojaniz Tarcento e alla Casa di riposo di Mortegliano.</p> <p>Si è proceduto a realizzare una nuova visita presso ASP Moro di Codroipo.</p> <p>I distretti hanno inoltre approfondito alcuni temi specifici (trattamento del dolore, utilizzo appropriato farmaci, riconciliazione farmaceutica, mezzi di prevenzione/contenzione) in 14 residenze.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>4) Sistemi informativi:</p> <p>Tutte le ASS devono monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Tutte le ASS danno evidenza delle proprie verifiche e delle eventuali sollecitazioni circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati;</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate;</li> <li>- la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'"Offerta residenziale" prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura delle strutture residenziali per anziani convenzionate, nonché la verifica della completa compilazione del documento in ogni sua sezione</li> </ul>
<b>Attuazione al 31-12-2014</b>	
L'utilizzo dei sistemi informativi viene costantemente verificato e non viene dato luogo al pagamento se non risultano correttamente caricati a sistema i prospetti riepilogativi delle presenze.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5) Convenzione Tutte le ASS provvedono ad adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione.	Entro il 31/12/2014, tutte le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani sono aggiornate sulla base dello schema tipo regionale.
Attuazione al 31-12-2014 Non sono pervenute indicazioni regionali. L'ASS4 ha deliberato il rinnovo al 31 dicembre delle convenzioni aziendali (Delibera del DG n. 251 del 29/5/2014).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È STATO ADOTTATO LO SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE</b>
6) Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Tutte le ASS provvedono a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.	Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.
Attuazione al 31-12-2014 La presenza su sistema eGENeSys della valutazione Val.Graf effettuata in sede di UVD è garantita nei distretti di Codroipo, Udine, Tarcento e Cividale per gli utenti accolti in strutture semiresidenziali o residenziali.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Implementazione delle attività di inserimento lavorativo e di inclusione sociale di persone svantaggiate con l'omogeneizzazione delle prassi a livello regionale, sostegno alla cooperazione sociale B.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Salute Mentale</p> <p>Nel 2014 è stata avviato, da parte di varie professionalità del DSM (Dirigenti Medici, Infermieri, Educatori e OSS) con il coordinamento delle Assistenti Sociali, un gruppo di lavoro intradipartimentale per l'analisi e la valutazione delle attività e dei progetti di inserimento lavorativo e inclusione sociale di soggetti svantaggiati che hanno portato ad una revisione di alcune procedure, all'avvio di nuove collaborazioni con la Provincia di Udine, ed al confermato impegno delle cooperative sociali B su questo fronte. Lo strumento del progetto personalizzato, delle BIL, insieme alle sussidiazioni economiche e ai progetti FAP art. 8 SM sono ancora strumenti validati e accreditati da tutti i servizi territoriali per mantenere un livello adeguato di autonomia e per l'inserimento sociale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.10 Programma di superamento ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG.</li> <li>- Presa in carico da parte dei CSM competenti delle persone attualmente presenti in OPG ed elaborazione del progetto terapeutico individuale e realizzazione di azioni adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale.</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Report di monitoraggio per ASS 4</p> <p>100% delle persone internate con progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Nel corso del 2014, due pazienti sono stati dimessi dall'OPG di Reggio Emilia. Altri due hanno fruito di licenze sperimentali, inoltre per tutti i pazienti con "misure di sicurezza" si sono garantiti progetti riabilitativi e residenziali. Per un paziente è stato modificato il progetto al fine di evitare il rientro in OPG. Si è collaborato con la Direzione Centrale regionale nella formulazione dei progetti da presentare alla validazione del Ministero (anche per l'assegnazione delle risorse). Il Dipartimento delle Dipendenze è stato direttamente coinvolto nella formulazione di un progetto per un paziente di cui aveva la titolarità.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>Avvio delle procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie da</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie in questione sono state avviate</p>

dedicare all'accoglienza delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e CCC (a trasferimento avvenuto delle risorse statali di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67).	da parte dell'ASS 6, ASS 1 e ASS4 (previa assegnazione del finanziamento statale alla Regione FVG e ripartito alle rispettive ASSR)
Attuazione al 31-12-2014 Le procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie in questione sono state avviate da parte dell'ASS 6, ASS 1 e ASS4 (previa assegnazione del finanziamento statale alla Regione FVG e ripartito alle rispettive ASSR)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>I FINANZIAMENTI STATALI SONO ARRIVATI NEL 2015</b>

<b>Linea 1.3.4.11 Revisione della sistemazione logistica del Distretto di San Daniele</b>	
Obiettivo aziendale Verifica della fattibilità e della copertura finanziaria per la realizzazione del riordino logistico della sede del Distretto di San Daniele.	Risultati attesi Conclusione dello studio di fattibilità entro il 31 ottobre 2014..
Attuazione al 31-12-2014 L'intervenuta legge 17/2014, in particolare con lo scorporo del Distretto di San Daniele, ha superato l'obiettivo della revisione della sistemazione logistica del medesimo Distretto e relativo studio di fattibilità. In ogni caso, l'ASS n.4. "Medio Friuli" ad inizio anno aveva dato avvio ad una sperimentazione di un modello gestionale specifico, che comprendeva tali aspetti e aveva iniziato a verificare fattibilità di riordino e finanziaria, ad esempio con riferimento alle sedi di Coseano, la sede ex INPS tornata in possesso dell'Azienda e la sede dei servizi infermieristici di proprietà del Comune (ex scuola infermieri). Il cambio della titolarità dall'ASS 4 all'AAS 3 ha fatto ritenere inopportuno il proseguimento di tali verifiche e sostanzialmente annullato l'obiettivo.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

## OBIETTIVI DELLA GESTIONE DELEGATA DEI SERVIZI, ATTIVITA' E INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE DISABILI

<b>Linea 1: Prosecuzione della riorganizzazione dei centri diurni</b>	
Obiettivo aziendale: Valutazione dei bisogni dell'utenza accolta e dei nuovi inserimenti, attraverso un'analisi multidimensionale, al fine di organizzare i servizi diurni sulla base dell'omogeneità di risposte a livello territoriale.	Risultato atteso: Prosecuzione e implementazione della riorganizzazione dei centri diurni
Attuazione al 31-12-2014 La Delibera aziendale nr 504 del 20.10.2014 ha sancito il progetto di riorganizzazione e di presa in carico	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 2: Nuove disabilità</b>	
Obiettivo aziendale: Soddisfare le domande - già evidenziate nell'anno 2012 - di accoglienza semiresidenziale di persone con disabilità diversificata, provenienti dai contesti scolastici o con disabilità acquisita.	Risultato atteso: Attivazione di progetti individualizzati di presa in carico i quali, attraverso risposte flessibili e pluriprofessionali, nell'ambito della rete dei già esistenti a livello territoriale, rispondano alla diversificazione della domanda attraverso interventi mirati e specifici.
Attuazione al 31-12-2014 Il coordinamento ha collaborato alla stesura delle convenzioni utili a soddisfare la risposta ai progetti individualizzati. Di seguito l'elenco delle delibere: Det 558 DEL 28/07/2014 OGGETTO " Servizi per l' handicap. Convenzione con la Cooperativa sociale Hattiva di Tavagnacco per la prosecuzione del progetto individualizzato a favore dell' utente disabile B.M. (artt. 5 e 21 L.R. 41/96)" Det N. 24 DEL 20/01/2014 OGGETTO " Prosecuzione del progetto educativo individualizzato a favore di un utente disabile dei Servizi delegati per l' handicap, nell' ambito delle progettualità di modelli innovativi approvati con deliberazione D.G. n. 509 del 29.09.2011(artt.5,21 L.R. 41/96). Anno 2014" Det 151 DEL 27/02/2014 OGGETTO "Servizi per l' handicap. Prosecuzione nell' anno 2013 del Progetto riabilitativo individualizzato a favore di M.A., a sanatoria dal 1° gennaio 2014." Det. 152 DEL 27/02/2014 OGGETTO Servizi per l' handicap. Convenzione tra l' A.S.S. n. 4 "Medio Friuli" e l'Associazione "La Compagnia dei Genitori Scatenati" di Pasian di Prato per la prosecuzione nell' anno 2014 del progetto sperimentale "Formazione all' autonomia abitativa a sostegno della domiciliarità" rivolto a persone disabili (artt.5,21 L.R. 41/96). • Delibera 435 - 10/09/2014 Approvazione convenzione tra Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 " Medio Friuli" e Associazione di Volontariato" ProgettoAutismo FVG ONLUS" di Tavagnacco per la	

prosecuzione anno 2014 dell'attivazione del centro diurno sperimentale per adolescenti e preadolescenti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo.

- Determina 364 del 20/05/2014 Realizzazione delle azioni di accompagnamento ai nuovi processi di programmazione locale integrata : Approvazione accordo con l'Associazione " ProgettoAutismo Onlus " di Tavagnacco per interventi specifici.
- Determinazione 7 - 13/01/2014 Servizi per l' handicap. Rinnovo della convenzione con l' Associazione di promozione culturale "Università della Terza Eta' P. Naliato"-sezione del Manzanese- per la prosecuzione di un corso di falegnameria a favore degli utenti del CSRE di Manzano. Anno 2014
- Determina 73 - 06/02/2014 Servizi delegati per l'handicap. Protocollo d' intesa con il Comune di Premariacco a favore di utenti disabili frequentanti il CSRE di Manzano.
- Determina 176 - 10/03/2014 Servizi per l' handicap. Convenzione con il Centro Espressioni Cinematografiche di Udine per la prosecuzione del progetto "Aggiungi un corto a tavola" rivolto ad utenti ed operatori di alcuni CSRE. Anno 2014
- Determina 195 - 20/03/2014 Servizi per l' handicap. Convenzione tra l' Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" e la Cooperativa sociale "Dopo di Noi" per la prosecuzione di un' attività formativa di tipo agricolo a favore degli utenti del CSRE di Manzano. Anno 2014
- 222 - 31/03/2014 Servizi per l' handicap. Accordo quadro di collaborazione tra L' Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" e la Coop Consumatori Nord Est per la realizzazione di un progetto di educazione alimentare a favore degli utenti del CSRE di Manzano.
- 389 - 29/05/2014 Realizzazione delle azioni di accompagnamento ai nuovi processi di programmazione locale integrata: Approvazione accordo con Ambito Distrettuale del Cividalese e Azienda Agricola " Ronco Albina" per interventi specifici
- Deliberazione 95 - 06/03/2014 Approvazione convenzione tra Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 " Medio Friuli" Ambito Distrettuale di Tarcento e Associazione Sindrome di Williams sezione Udine per la prosecuzione della sperimentazione del progetto di autonomia

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## OBIETTIVI DELLA GESTIONE DELEGATA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI DELL'AMBITO DI S. DANIELE

<b>Linea 1 : AZIONI DI SISTEMA</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Dare attuazione al PAA 2014, consolidando il sistema associato di governance del sistema locale degli interventi e servizi sociali</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i presidenti delle assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Il PAA viene riconosciuto e ne viene consolidata la prassi operativa come strumento di pianificazione e programmazione locale</p> <p>Raggiungimento dei valori attesi indicati per l'obiettivo 4 del PAA 2014</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Si sono svolti più incontri fra gli operatori dei vari servizi al fine di garantire un costante scambio di informazioni fra servizi e una manutenzione dei processi operativi coinvolgendo anche l'UVD MG. Si è proseguito il lavoro di rilettura del funzionamento delle UVD Multiprofessionali riguardanti le diverse aree e la sperimentazione di strumenti multiprofessionali condivisi per la valutazione dei nuovi utenti. Ha avuto continuità il progetto "Dimissioni Protette".</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 2: AREA MINORI E FAMIGLIA</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Dare attuazione al PAA 2014, consolidando il sistema associato di governance del sistema locale degli interventi e servizi sociali</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i presidenti delle assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>consolidamento del adozione del PAA come strumento di pianificazione e programmazione locale</p> <p>Raggiungimento dei valori attesi indicati gli obiettivi 5 e 10 del PAA 2014</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>Tutti gli obiettivi PAA 2014 relativi alla programmazione locale integrata sono stati raggiunti. Il gruppo di lavoro tecnico/professionale ha proseguito nella sperimentazione della valutazione dei fattori di rischio e pregiudizio per i minori/famiglia e degli elementi di diagnostica e prognostica</p>	

condividendo obiettivi e procedure con le istituzioni scolastiche. Si è data continuità ad alcuni progetti esistenti e approfondito la conoscenza con le associazioni familiari del territorio.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### Linea 3: AREA DISABILITA'

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Dare attuazione al PAA 2014, consolidando il sistema associato di governance del sistema locale degli interventi e servizi sociali</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i presidenti delle assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>consolidamento del adozione del PAA come strumento di pianificazione e programmazione locale</p> <p>Raggiungimento dei valori attesi indicati all'obiettivo 6 del PAA 2014</p>
---	--

Attuazione al 31-12-2014

E' proseguita l'attività di riqualificazione del Centro Diurno nel servizio CMA/CSRE di Fagagna. Si è proseguito con l'implementazione della banca dati relativa alla presenza sul territorio di persone disabili, finalizzata a consentire una precisa lettura del fabbisogno degli interventi e dei servizi nel prossimo quinquennio, si rende necessario riformulare con il privato sociale sinergie di lavoro condivise a sostegno della qualità ed appropriatezza dei interventi erogati. Si è data continuità alle progettazioni educative e di inclusione sociale per i giovani adulti

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### Linea 4: AREA ANZIANI

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Dare attuazione al PAA 2014, consolidando il sistema associato di governance del sistema locale degli interventi e servizi sociali</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i presidenti delle assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>consolidamento del adozione del PAA come strumento di pianificazione e programmazione locale</p> <p>Raggiungimento dei valori attesi indicati all'obiettivo 7 del PAA 2014</p>
---	--

Attuazione al 31-12-2014

Si è proseguita l'attività di promozione e diffusione di iniziative per la promozione della salute, di attività aggregative e di formazione congiunta tra operatori e volontari. Si è promosso l'avvio di un servizio di volontariato di "prossimità" a sostegno delle famiglie. Si è data continuità al progetto Dimissioni Protette e alla formazione sul campo riservata alle collaboratrici familiari.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**Linea n. 5: CASA DI RIPOSO PER NON AUTOSUFFICIENTI SAN DANIELE**

Obiettivo aziendale

Dare attuazione al PAA 2014, consolidando il sistema associato di governance del sistema locale degli interventi e servizi sociali

Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i presidenti delle assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali

Risultato atteso:

Garantire nel tempo la qualità dei servizi socio – sanitari erogati

Attuazione al 31-12-2014

Nel corso del 2014 sono state verificate, nella casa di riposo di San Daniele le azioni di miglioramento individuate con l'audit precedente. In particolare nei gg 23,26 settembre si è verificata la corretta applicazione del FUT. L'1,2,3 Dicembre sono stati effettuati corsi di refresh sul corretto lavaggio delle mani, sulla prevenzione delle lesioni da pressione e delle infezioni da clostridium.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% 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	3.528,0	3.528,0	100%
2010	2.367,0	2.367,0	2.367,0	100%
2011	4.000,0	3.757,3	3.928,9	98%
2012	1.118,0	963,1	1.118,0	100%
2013	1.415,8	950,0	1.193,9	84%
2014	2.516,6	-	839,9	33%

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	1.975,8	1.975,8	314,7	336,2	336,2	42,0
2007	1.908,8	1.908,8	446,6	966,8	966,8	120,8
2008	194,0	194,0	61,7	1.749,0	1.749,0	218,6

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
Arredo e attrezzaggio distretto e hospice (B)	Cividale	2011	350,0	350,0	Hospice da completare	Hospice da completare
lavafetri per sala operatoria	PO S.Daniele	2012	130,0	126,8	in corso	concluso
Ecocardiografo	IMFR Gervasutta	2012	120,0		gara sospesa	gara sospesa
Rifacimento infrastrutture server aziendali	Strutture territoriali	2013	425,0		in corso	in corso
Quota per acquisizione RMN	PO S.Daniele	2014	591,0		-	-

(importi espressi in migliaia di euro)

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 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	
	7.542,3	%	2.550,0	%	4.950,0	%	17.617,0	%
Progettazione in corso		0,0%		0,0%		0,0%	1.630,0	9,3%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%		0,0%	288,7	1,7%
Cantieri in corso		0,0%	1.000,0	74,1%	1.700,0	79,1%	14.200,0	81,5%
Opera conclusa	7.075,7	100,0%	350,0	25,9%	450,0	20,9%	1.315,2	7,5%
<b>Totale</b>	<b>7.075,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.350,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.150,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>17.433,9</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2010		Piano 2011 (*)		Piano 2012		Piano 2014	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	2.385,0	%	15.201,0	%	1.000,0	%	4.709,7	%
Progettazione in corso	2.000,0	83,9%	13.700,0	96,5%	1.000,0	100,0%	3.849,7	100,0%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Cantieri in corso		0,0%	350,0	2,5%		0,0%		0,0%
Opera conclusa	385,0	16,1%	151,0	1,1%		0,0%		0,0%
<b>Totale</b>	<b>2.385,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>14.201,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.000,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.849,7</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importi dei piani 2006, 2007, 2008, 2009, 2011 soggetti a riprogrammazione dei finanziamenti ex LR 27/2012 art. 8, DGR 2262/2013, DGR 2672/2014

## STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato di attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Fondazione ASS 4 - Morpurgo Hofmann Realizzazione di 15 p.l. di hospice	2003	2.789,4	0%	0%
Ospedale di S. Daniele Nuovo Padiglione S	2009	15.000,0	62%	80%
IMFR Gervasutta di Udine - Ristrutturazione e accreditamento - Il lotto	2011	13.000,0	0%	0%

(importi espressi in migliaia di euro)

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

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro <u>31/07/2014</u> redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmacia ospedaliera e <u>farmacia territoriale</u></li> <li>- Laboratorio di analisi clinica e microbiologia;</li> <li>- Attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare.</li> <li>- Preparazione farmaci antiblastici.</li> </ul> <p>b) Entro <u>30/9/2014</u> redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</u></li> </ul> <p>c) Entro il <u>31/12/2014</u> avvio del progetto</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>a) Con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A la CAV comunicava alla Direzione Centrale che, vista la proposta di riordino istituzionale ed organizzativo presentato dalla Regione, intendeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sospendere le attività, anche progettuali, relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riorganizzazione della Farmacia ospedaliera</li> <li>- Riorganizzazione della Farmacia territoriale</li> <li>- Ipotesi di aggregazione di funzioni dei dipartimenti di prevenzione e delle dipendenze</li> </ul> </li> <li>• proseguire la fase progettuale della riorganizzazione della Preparazione farmaci antiblastici definendo, entro il prossimo mese di luglio, il crono programma attuativo;</li> <li>• proseguire il progetto di riorganizzazione per attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare, approvando entro il mese di luglio la fase sperimentale</li> <li>• proseguire l'attività prevista dalla Linea progettuale n. 1.3.3.8 relativa alla ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone.</li> </ul> <p>Con lettera di prot. n° 52330 /A del 31-07-2014, oltre a confermare gli indirizzi operativi definiti nella CAV del 29-6 ed inviati alla Regione con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A sono stati inviati i progetti di riorganizzazione relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- progetto di riorganizzazione del Laboratorio di analisi clinica e di microbiologia di Area Vasta</li> <li>- progetto di riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica ed di altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare</li> </ul>	

<p>- progetto di riorganizzazione della preparazione farmaci antitumorali</p> <p>- Documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti relativo alla Linea progettuale n. 1.3.3.8 "ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone".</p> <p>b) Il progetto di riorganizzazione del servizio di Radiologia su Area Vasta è stato condiviso dalla CAV Udinese e trasmesso alla Direzione Centrale con prot. n. 0065500 /A del 30-09-2014</p> <p>c) Vista l'approvazione della Legge Regionale di riordino del SSR (L.R. n. 17/2014) e la conseguente revisione dei livelli di responsabilità, le progettualità approvate non sono state attuate.</p>	
<p>Motivazioni scostamento da risultato atteso</p> <p>LR 17/2014</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>b) OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b></p>

<p><b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b></p> <p><b>Linea comune di Area Vasta</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Predisposizione di un piano di revisione da trasmettere alla Regione entro il 31-3-2014 (vedi capitolo 1.2. dell'Accordo di Area Vasta).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il Piano di revisione è stato predisposto da parte della Conferenza di Area Vasta ed è stato inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851 del 31-3-2014</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

#### 1.1.2 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

<p><b>Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria – Linea comune di Area Vasta</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione integrata delle malattie croniche, della continuità assistenziale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Redazione del Piano dell'Assistenza Primaria e trasmissione alla DCSISSPS entro 31 LUGLIO 2014 (Nota Assessore regionale n. 11817/P del 25-6-2014)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Con nota prot. 21918 del 29.07.2014 il Piano dell'Assistenza Primaria è stato inviato alla DCSISSPS.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

## 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimento e prosecuzione della attività svolte nel 2013</li> <li>- Nuovi progetti gestionali e amministrativi               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31.03.2014</li> <li>▪ Entro il 31.12.2014 attuazione del piano</li> </ul> </li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il Piano di lavoro generale (convenzione quadro per l'aggregazione delle funzioni amministrative e tecniche dell'Area Vasta Udinese), che comprendeva sia il prosieguo delle attività 2013 sia i nuovi progetti gestionali, è stato elaborato ed inviato in Regione con nota n. 22851 del 31-3-2014.</p> <p>In merito alla loro attuazione sono stati attuati i progetti relativi a:</p> <p>Servizio Ispettivo: Costituito e regolamentato con Deliberazione n. 136 del 31/03/2014, ha regolarmente operato nel corso dell'anno .</p> <p>Piano di formazione è stato predisposto e inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851 del 31-3-2014.</p> <p>Nucleo controlli sulle attività erogate da Privati accreditati: Costituito e regolamentato con delibera n. 222 del 20/05/2014; programma annuale di lavoro approvato dalla CAV il 10-7-2014 e, da ultimo, comunicazione, con la nota n. 69346 del 15-10-2014, alla Direzione Centrale Salute dell'attuazione della DGR n. 1321 del 11-7-2014.</p> <p>Per le altre attività previste, la CAV (Conferenza di Area Vasta Udinese), in considerazione della proposta di riordino del Servizio Sanitario regionale presentata dalla Giunta Regionale, poi esitata nella LR n. 17/2014, ha concordato la sospensione dell'attuazione e ne ha dato informazione alla Regione con nota n. 44730 del 30-6-2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Predisposizione e attuazione di una programmazione comune di Area Vasta sulla formazione.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Predisposizione del programma di Area Vasta sulle aree comuni individuate entro il 31-3-2014.</p> <p>Attuazione del programma.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p>	

Il programma è stato approvato dalla CAV ed inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851/A del 31-03-2014.

L'Azienda ha assicurato la partecipazione a tutti i corsi organizzati in Area Vasta e tutti i corsi previsti di competenza dell'ASS 5 sono stati effettuati.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Omogeneizzazione delle procedure amministrative di accesso agli eventi formativi	Partecipazione ai tavoli di lavoro ed elaborazione di un documento di Area Vasta.
Attuazione al 31.12.2014	
L'Azienda ha assicurato la partecipazione al tavolo di lavoro che ha predisposto una "Proposta di Regolamento Formazione di Area Vasta Udinese".	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale: Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso: Le strutture ambulatoriali e di ricovero proseguono il processo di dematerializzazione dei referti mediante l'utilizzo della firma digitale: I referti ambulatoriali - G2 Clinico >80% del totale dei referti - Laboratorio e microbiologia > 80% del totale dei referti - Radiologia > 80% del totale dei referti
Attuazione al 31.12.2014 - In G2 Clinico sono stati firmati digitalmente 88% dei referti ambulatoriali - In Laboratorio e Microbiologia: nel primo trimestre è stata attivata la firma digitale per i referti di laboratorio analisi riferiti ai pazienti interni (comunicazione del 25/02/2014 prot. n. 5716), tutti i referti di laboratorio analisi per esterni vengono firmati digitalmente. - In Radiologia a Palmanova vengono firmati digitalmente il 99,9% dei referti - in Radiologia a Latisana vengono firmati digitalmente il 99,8% dei referti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso: Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF
Attuazione al 31.12.2014 Gli obblighi informativi rispetto gli applicativi regionali, i flussi NSIS e il MEF sono rispettati.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Risultato atteso: Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
Attuazione al 31.12.2014 Tutti i campi della SDO sono compilati con una completezza > 95%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere	Risultato atteso: 1.Prosecuzione nell'implementazione della

il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Sono stati raccolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– n. 14967 moduli di consenso,</li> <li>– n. 10528 moduli per l'accesso al dossier d'emergenza,</li> <li>– n. 1 modulo per l'oscuramento degli eventi clinici,</li> <li>– n. 1 modulo per revoca dell'oscuramento puntuale degli eventi clinici.</li> </ul> <p>E' stata rivista la procedura in tema di oscuramento-deoscuramento adottata in via sperimentale ed adottata in via definitiva con decreto del Direttore Generale del 31/03/2014 n. 88.</p> <p>Il gruppo regionale per la privacy ha ritenuto opportuno procedere alla possibile adozione di un regolamento uniforme per tutte le Aziende del SSR per i trattamenti non oggetto di preventivo consenso. E' in corso di elaborazione la bozza di documento che verrà successivamente sottoposta alle Aziende per il necessario confronto e quindi adottata con deliberazione della Giunta regionale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE</b> <b>REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso: Entro il 2014, tutte le richieste di prestazioni sanitarie vengono richieste con Order Entry.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>E' stata attivata la procedura per le richieste di prestazioni sanitarie con Order Entry per le Strutture aziendali designate all'attivazione entro il primo semestre (Medicina, Nefrologia, Cardiologia e Anestesia PP.OO. Palmanova e Latisana) come da nota del 26 giugno 2014 n. 18398 e nel secondo semestre nelle restanti Strutture come da nota del 22 ottobre n. 30159.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.6 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti</b>	
Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013: a) prescrizione elettronica; b) certificati di malattia online;	Risultato atteso: a) la prescrizione elettronica viene estesa a tutte le strutture aziendali; b) tutti i medici specialisti inviano i certificati di malattia online; c) tutte le strutture di ricovero inviano online

c) certificati di ricovero online;	entro il 2014 il certificato di dimissione.
Attuazione al 31.12.2014.	
a) La prescrizione elettronica è stata attivata a tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2014 sono state prodotte 95945 prescrizioni elettroniche.	
b) I medici specialisti inviano i certificati di malattia online in sede ambulatoriale, nel 2014 sono stati inviati n. 2807 certificati	
c) Nel secondo semestre è stata terminata l'attivazione dell'invio online del certificato di dimissione da parte delle strutture di ricovero, nel 2014 sono stati inviati n. 313 certificati di malattia.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso: Gli esami sono disponibili nel repository regionale
Attuazione al 31.12.2014 Attività non ancora avviata.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Obiettivo aziendale: Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia	Risultato atteso: Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia
Attuazione al 31.12.2014 Attività completata secondo il programma regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale	Risultato atteso: Le aziende collaborano con il DSC alla: -mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG. -verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.

	<p>-valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati)</p> <p>-individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il DSC, pur avendo definito un programma articolato di attività, non ha richiesto la collaborazione dell'ASS5.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b></p>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea n. 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Attività specialistica ambulatoriale:</p> <p>Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2014, risulta che sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero, con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio di aprile 2014: si sono registrati tempi critici per la visita endocrinologica in classe Differita e Programmata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, unico erogatore della prestazione in Area Vasta.</li> <li>• Monitoraggio di luglio 2014: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni in classe D e P della visita endocrinologica (1.117 utenti in attesa), per le prestazioni radioterapiche e per la classe D (entro 30 gg) della visita urologica;</li> <li>• Monitoraggio di ottobre 2014 e gennaio 2015: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni a 30 e 180 gg della visita endocrinologica (1.036 utenti in attesa) e per le prestazioni di radioterapia presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, unico erogatore in Area Vasta.</li> </ul> <p>Altre prestazioni hanno presentato potenziali criticità nel corso del 2014 per tempi/n° utenti in attesa: mammografia, ecografia mammella, RM pelvi/prostata/vescica, RM encefalo e colonna vertebrale, visita ginecologica, visita fisiatrica. Alcune difficoltà a garantire i tempi d'attesa in AV derivano dalla mancanza di continuità dell'offerta presso le strutture private accreditate, soprattutto per le prestazioni di diagnostica radiologica.</p> <p>Per fronteggiare le criticità, le Aziende dell'AV hanno definito e adottato criteri di accesso e prenotazione per la diagnostica della mammella, distinguendo i primi accessi con/senza segni o sintomi dalle successive ripetizioni degli esami per screening. Sono stati inoltre definiti e adottati dalle Aziende dell'Area Vasta criteri clinici di accesso alla visita fisiatrica in età adulta e pediatrica (&gt;2 anni di età) che verranno progressivamente applicati alle agende di prenotazione.</p> <p>Attività di ricovero:</p> <p>I tempi d'attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero non presentano sostanziali criticità alle giornate indice; tuttavia si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoarteriectomia carotidea (60 gg): l'intervento viene effettuato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine che registra tempi elevati (&gt;100 gg) e presso l'ospedale di Tolmezzo (41 gg a gennaio 2015). Al monitoraggio di luglio tutte le rilevazioni erano &gt;60 gg.</li> <li>• Interventi per neoplasie (30 gg): al monitoraggio di luglio e di ottobre si rilevano tempi critici presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine (in particolare per le neoplasie di competenza uro-ginecologica), comunque rientrati nei 30 gg nell'ultimo trimestre 2014 (monitoraggio gennaio 2015).</li> </ul>	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato (Allegato 1)
Attuazione al 31.12.2014 Si rimanda alla tabella dei volumi per le prestazioni identificate come critiche/potenzialmente critiche, che riporta i valori 2013/2014 ed il confronto con gli impegni espressi nei PAL/PAO dell'Area Vasta Udinese. I volumi erogati risultano complessivamente superiori agli impegni 2014, anche se per tutte le prestazioni si registra una contrazione rispetto i volumi erogati nel 2013.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
<b>Linea comune di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31.12.2014 Non sono pervenute dalla Regione indicazioni per inserire nuove le prestazioni nel percorso di garanzia da attivare in caso di superamento in AV dei limiti di tempo massimo previsti dalla normativa, già adottato nel 2011.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono i continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso: Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ ).
Attuazione al 31.12.2014 Il rapporto tra attività istituzionale e l.p. erogate in A.S.S. 5 nel 2014 è risultato in continuità con il 2013 (valore 2013=1,3%; valore 2014= 1,2%)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	Risultato atteso: Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.

<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Sono stati trasmessi entro i termini previsti dalla DCSISSPSF i dati relativi ai monitoraggi nazionale e regionali dei tempi di attesa sulle attività istituzionali e ALPI, compresi i volumi erogati.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale: Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.</p>	<p>Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2014</p> <p>La Direzione Centrale Salute ha formalizzato nel 2014 i criteri di priorità per le prestazioni di visita gastroenterologica/endoscopia digestiva, visita dermatologica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, oculistica e urologica: i primi due documenti erano già stati adottati dalle Aziende dell'AVUD nel 2013 e sono applicati correntemente alle agende di prenotazione degli erogatori pubblici e privati; per gli altri criteri, è stata data comunicazione formale ai MMG/PLS e agli specialisti delle strutture aziendali, sono stati applicati alle agende di prenotazione secondo le disponibilità locali e comunque entro quattro mesi dall'emanazione.</p> <p>E' stato aggiornato e integrato con le nuove priorità il documento "Raccolta dei criteri di priorità per visite e prestazioni ambulatoriali", disponibile sui siti Internet delle quattro aziende dell'Area Vasta Udinese.</p> <p>Non è stata attivata la formazione regionale dei professionisti sull'applicazione delle priorità alla specialistica ambulatoriale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali</b>	
Obiettivo aziendale: Attuazione del programma vaccinale, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso l'azione dei pediatri e mmg in collaborazione con gli altri stakeholders	Risultato atteso: Coperture vaccinali come da tabella indicatori LEA varicella: 50%
<p>Attuazione al 31.12.2014.</p> <p>Per la copertura vaccinale da indicatori LEA è stata presa in considerazione la coorte 2012 del territorio dell'ASS 5, costituita da 845 nati, così distribuiti:</p> <p>Difterite Tetano: 92,9%, (785/845)</p> <p>Antipolio: 93%, (786/845)</p> <p>Antiepatite B: 92,8%, (784/845)</p> <p>MPR età ≤24mesi: 86,9%</p> <p>Influenza età ≥ 65anni: 53,9% (dato non definitivo)</p> <p>Per quanto riguarda la copertura vaccinale per la varicella sono stati vaccinati con vaccino quadrivalente o vaccino singolo il 73,3% della coorte 2012. Bisogna inoltre tener presente che dei 845 bimbi componenti la coorte, 51 risultano esonerati per immunità naturale.</p>	
<p>Motivazioni scostamento da risultato atteso</p> <p>Le motivazioni di una copertura vaccinale dell'infanzia che già da tempo non riesce a raggiungere il 90% sono da ricondurre esclusivamente alla crescente opposizione di una quota di genitori, sostenuti dai movimenti antivaccinatori, opposizione che l'impegno quotidiano e lo sforzo di sensibilizzazione e corretta comunicazione messa in atto dagli operatori non sono sufficienti a contrastare se non accompagnati da adeguata campagna informativa da parte delle istituzioni regionali e soprattutto nazionali; solo recentissimamente il Ministero ha avviato un percorso più incisivo di informazione, anche in rapporto alle pressioni dell'OMS.</p> <p>Per quanto riguarda la vaccinazione antiinfluenzale, l'autunno 2014 è stato caratterizzato da una incessante informazione su tutti i media in relazione alla gravità di alcuni casi avvenuti a livello nazionale, sui quali si è reso necessario l'intervento di contro informazione da parte del Ministero e dell'Assessore regionale, che tuttavia non ha consentito di raggiungere il risultato atteso, nonostante l'impegno profuso nella campagna vaccinale annuale e l'ulteriore tentativo operato dall'Azienda con la pubblicazione sulla stampa locale i primi di dicembre.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>IN LINEA A QUANTO GENERALMENTE RILEVATO SU BASE NAZIONALE OVVERO IL PEGGIORAMENTO COMPLESSIVO DEI TASSI DI COPERTURA VACCINALE, COME RILEVATO ANCHE NEL RESTO DELLA REGIONE</b>
Obiettivo aziendale: Mantenere la rilevazione attiva degli eventi avversi alle vaccinazioni	Risultato atteso: Report sugli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella
Attuazione al 31.12.2014	

Gli eventi avversi sono stati regolarmente registrati ed è stato prodotto un report.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili "La prevenzione va a scuola"	Risultato atteso: Evidenza di iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi prima infanzia
Attuazione al 31.12.2014 Sono stati realizzati 2 incontri (Palmanova 16 ottobre 2014 e Latisana 14 ottobre 2014) cui hanno partecipato dirigenti scolastici degli istituti scolastici comprensivi e dirigenti delle scuole dell'infanzia paritarie.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione	Risultato atteso: Consolidamento di una modalità strutturata di screening da parte del servizio per le dipendenze e di segnalazione dei nuovi casi al dipartimento di prevenzione (report)
Attuazione al 31.12.2014 La sede di Latisana è stata attrezzata per effettuare i prelievi ematici a partire dal mese di giugno 2014 (in precedenza i prelievi venivano effettuati presso la sede del Distretto Ovest). Il personale dedicato ha partecipato al corso di counseling specifico (febbraio e settembre 2014). E' stato prodotto un protocollo Sono stati testati oltre 100 utenti del servizio per HIV, HCV, HBV. Sono stati segnalati 2 nuovi casi al Dip. di Prevenzione.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
Obiettivo aziendale: Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso: Vedi tabella indicatori LEA
Attuazione al 31.12.2014 Gli inviti al programma di screening della cervice uterina sono stati spediti al 100% della popolazione obiettivo. La copertura del programma di screening della cervice uterina è stata del 54.34%. La copertura del programma di screening della mammella è stata del 57.71%. La copertura del programma di screening del colon retto è stata del 60.69%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>IL CORRETTO INDICATORE PER LA MAMMELLA È PARI A 61,3 COME DA PORTALE SISSR</b>
Per le aziende con l'unità senologica: Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall)	Risultato atteso: Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale

in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
Attuazione al 31.12.2014 Al 31.12.2014 la percentuale di early recall è 6.06%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni</b>	
Obiettivo aziendale: Organizzazione di un corso regionale in merito alle modalità di intervento ispettivo da parte del personale con qualifica di UPG	Risultato atteso: Presentazione di una proposta regionale condivisa tra tutti Direttori Dipartimento di Prevenzione per un unico corso formativo per tutto il personale UPG afferente ai Dipartimenti di prevenzione che preveda anche il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con i fondi di cui all'art. 13 c. 6 D.Lgs 81/08.
Attuazione al 31.12.2014 Il corso il cui programma era stato condiviso con i Direttori di Dipartimento di Prevenzione, alla data del 31/12/2014 non era ancora stato attivato, in quanto la delibera Regionale relativa all'utilizzo dei fondi ex art. 13 D. Lgs. 81/2008 è stata licenziata in data 19/12/2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo</b>	
Obiettivo aziendale: Iniziativa di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari	Risultato atteso: - Formazione ed addestramento su macchine agricole e fitosanitari- anche interaziendale - del personale dei Dipartimenti Prevenzione che effettuerà le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint., ASS n. 2, INAIL (da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08); - Definizione di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, a partire dalla selezione/identificazione delle macchine d'interesse, da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole, finalizzata a rendere omogenei gli interventi ispettivi su tutto il territorio regionale. La lista sarà resa disponibile ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento - Realizzazione di ispezioni nella quota di aziende agricole (complessivamente 90 in regione) per macchine e fitosanitari, definite per ass5 secondo il

	peso del comparto agricolo (il dato verrà fornito entro febbraio dal gruppo regionale agricoltura coordinato dal SPSAL ASS)
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E' stato effettuato un corso teorico pratico su macchine agricole e uno sui fitosanitari per il personale dei Dipartimenti Prevenzione che effettua le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint., ASS n. 2, INAIL</li> <li>- E' stata definita la lista di controllo condivisa tra tutti i SPSAL da usarsi nelle ispezioni sulle macchine agricole</li> <li>- Come da verbale del Gruppo Regionale Agricoltura n. 2/2014 dd. 26 febbraio 2014 risulta che il numero delle ispezione da realizzare in carico SOPSAL erano 9 , in carico SIAN erano 11. Sono state realizzate n. 11 ispezioni congiunte più una ispezione fatta dalla SOPSAL in ambiente zootecnico, ove non esisteva il problema degli agenti fitosanitari</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione nel comparto edile</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (proponendo anche indicazioni in merito alla semplificazione). La check list sarà resa trasparente ai sensi art 25 L- 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento.</li> <li>- Coordinare, attraverso il gruppo regionale edilizia di cui è capofila ASS5 un incontro con tutti i SPSAL e gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza rivolti alle figure che operano nei cantieri con riferimento all'art. 10 D.Lgs. 81/08.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E' stata definita check list per gli interventi ispettivi nei cantieri edili destinata al controllo in merito alla tenuta della documentazione di cantiere e trasmessa a tutti i Responsabili SPSAL in data 27.11.14. Da tale data non ci sono state ulteriori riunioni del Comitato Regionale di coordinamento.</li> <li>- E' stato organizzato un incontro regionale il 26.06.14 con tutti gli organismi paritetici – enti bilaterali di settore per la definizione delle modalità operative per interventi di assistenza rivolti alle figure che operano in cantiere (riferimento art. 10 D.Lgs 81/2008). Le proposte operative emerse sono state diffuse il 21.07.14 a tutti i servizi.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Progetti nazionali</b>	

<p>Obiettivo aziendale: Potenziamento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL), denominati:</p> <p>1) INFORMO (infortuni gravi e mortali) 2) MALPROF</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. Inserimento nel programma INFORMO dei casi trattati a partire da quelli rientranti nella casistica indicata nella nota esplicativa - e comunque almeno 60 sul territorio regionale - d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO coordinato dall'ASS 6 Friuli occidentale tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio di dati disponibili.</p> <p>2. Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>INFORMO: Obiettivo come da verbale riunione del Gruppo Regionale InforMo dd. 18/03/2014: num. 5 infortuni.</p> <p>Inseriti n. 6 infortuni: 3 infortuni mortali, 1 infortunio grave in agricoltura, 2 infortuni gravi nella manutenzione macchine</p> <p>MALPROF:</p> <p>Inserito nel programma MalProf il 79,3% delle malattie professionali indagate nel 2014 e aventi nesso di causalità con l'attività lavorativa positivo.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Amianto</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Rilancio attività ex esposti ad amianto</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.</li> <li>- Formazione dei medici competenti relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08. Al corso, organizzato dal CRUA, dovranno partecipare tutti i SPSAL</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inviati al COR tutti i questionari ReNaM per i casi di mesotelioma indagati.</li> <li>- L'ASS 5 ha collaborato con il CRUA per la realizzazione di un evento formativo rivolto ai medici competenti sul piano di sorveglianza sanitaria per gli addetti alle bonifiche di amianto. Tale evento</li> </ul>	

si è tenuto a Monfalcone il 21 .05.2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie professionali osteoarticolari</b>	
Obiettivo aziendale Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori	Risultato atteso: Partecipare alla realizzazione di un corso regionale (organizzato dall'ASS 6) in collaborazione con l'INAIL e con tutti i SPSAL, anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.
Attuazione al 31.12.2014 La ASS n. 5 ha partecipato al Gruppo di lavoro regionale CTD (Aziende Sanitarie regionali e INAIL) che ha realizzato il corso a Palmanova il 09/10/2014 e a Udine il 10/11/2014 L'evento informativo indirizzato a datori di lavoro e loro Consulenti tecnici/referenti Associazioni Datoriali/Sindacali/RLST è stato realizzato a Palmanova in data 25 novembre 2014. L'evento informativo indirizzato ai MMG, Medici Competenti, Medici di Patronato è stato realizzato a Palmanova in data 28 novembre 2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Conoscenza del territorio e delle specificità</b>	
Obiettivo aziendale: Conoscenza delle specificità territoriali sulla cui base impostare progetti di prevenzione coordinati tra le diverse AA.SS.SS. e INAIL	Risultato atteso: Produzione di un documento che a partire dai dati dei nuovi flussi informativi su aziende, dipendenti, infortuni e malattie professionali, individui specificità e criticità tali da poter pianificare degli interventi coordinati a livello interaziendale o regionale su specifici comparti e/o settori produttivi
<b>Attuazione al 31.12.2014</b> La ASS n. 5 ha partecipato al Gruppo di lavoro regionale Conoscenza del territorio (Aziende Sanitarie regionali e INAIL) che ha realizzato e presentato alla Direzione Centrale Salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia, in data 31 dicembre 2014, le risultanze dello studio "Conoscenza del territorio e delle specificità"	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
Obiettivo aziendale: Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso: Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
Attuazione al 31.12.2014 Da gennaio a dicembre sono stati organizzati 6 incontri dei medici	

competenti delle aziende sanitarie regionali (15.1, 2.04, 24.06, 5.08, 8.10, 9.12.2014). Sono state approvate le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'allattamento al seno</li> <li>- diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della attuazione dei programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65 % dei vaccinati (rif. SIASI).</li> <li>- Alimentazione nei servizi prima infanzia (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>- Ristorazione collettiva nelle scuole primarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>- Distribuzione automatica nelle scuole secondarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allattamento: la rilevazione è avvenuta regolarmente alla seconda vaccinazione: su 706 vaccinati per seconda dose nel 2014 sono state inserite 673 schede (95%).</li> <li>- Le "Linee d'indirizzo per l'alimentazione nei nidi d'infanzia " sono state divulgate in occasione dei sopralluoghi e in occasione delle richieste di parere sui menù da parte di Comuni/Enti/Istituzioni: 4 menù "validati". "Le linee guida della regione sulla ristorazione scolastica" sono state divulgate in occasione dei sopralluoghi e in occasione delle richieste di parere sui menù da parte di Comuni/Enti/Istituzioni: 20 menù "validati".</li> <li>- Le linee guida sulla distribuzione automatica sono state divulgate nelle scuole di II grado (nota 19/12/2014 prot.36770).</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti e degli stakeholders coinvolti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Effettuato un intervento (UTE Rivignano 03 marzo)</p> <p>Realizzato manualletto a fumetti sulla sicurezza in bicicletta " No stâ fa il gnogno...in bici"</p> <p>Realizzata l'iniziativa "Al lavoro si va in bici ma non solo" per tutto il mese di maggio 2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione nell'attività formative sulla Prevenzione incidenti domestici orientate al</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza delle azioni informative/formative svolte e degli stakeholders coinvolti</p>

target anziani e bambini	
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E' stata mantenuta l'attività di sensibilizzazione nei corsi pre-parto: 5 incontri a Cervignano, 10 a Latisana e 13 a Palmanova.</li> <li>- Concluso il progetto Losuruts e cerots/lucette e cerotti in più di otto scuole: 6 scuole dell'infanzia e 5 scuole primarie per un totale di 11 scuole e 312 bambini.</li> <li>- Effettuato un incontro (Rivignano 17 febbraio e Cervignano 20 ottobre).</li> <li>- Realizzato Opuscolo "Ce fa par no colâ/che fare per non cadere".</li> <li>- Realizzata la diffusione del materiale regionale.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute</p> <p>1 Contrasto all'abuso di alcol:</p> <p>2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo</p> <p>3 Promozione dell'attività motoria</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1 Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati</p> <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione)</li> <li>- Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi)</li> </ul> <p>3 Azioni a sostegno di piedibus o iniziative analoghe</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Si sono svolti interventi sia in ambito scolastico che territoriale volti alla prevenzione dei problemi legati all'assunzione di alcolici e al tabagismo. La maggior parte degli interventi sono stati attivati anche in collaborazione con varie associazioni di volontariato. La collaborazione con i progetti giovani degli ambiti socio sanitari.</p> <p>1. <i>Alcol</i>: Il Dipartimento di Prevenzione ha collaborato al progetto "Alcol decidi tu", coordinato dal SerT: sono stati coinvolti i ragazzi di sette classi terze delle scuole secondarie di primo grado ad Aiello, Perteole, Fiumicello</p> <p>2. <i>Fumo</i>: realizzati interventi all'interno del progetto "Alcool decidi tu..." (Scuola Media Aiello, Perteole, Fiumicello). Nel corso di Promozione della salute (02.04.2014) è stato inserito un intervento dedicato a prevenzione del tabagismo e counselling motivazionale breve, con focalizzazione sul ruolo dell'accertatore. realizzati interventi all'interno del progetto "Alcool decidi tu..." Nel corso di Promozione della salute (02.04.2014) è stato inserito un intervento dedicato a prevenzione del tabagismo e counselling motivazionale breve, con focalizzazione sul ruolo dell'accertatore.</p> <p>3. <i>Attività motoria</i>: Nuovi PiediBUS: San Giorgio di Nogaro, Fiumicello, Lignano. Nella primavera 2014 attivati Piedibus a Lignano Sabbiadoro, San Giorgio di Nogaro e Fiumicello; nell'autunno quelli di Bagnaria Arsa e Gonars</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Obiettivo aziendale Invecchiamento attivo: Realizzazione di attività/progetti in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'intergenerazionalità	Risultato atteso: Evidenza dell'effettuazione di interventi
Attuazione al 31.12.2014: Seminario di presentazione a S. Giorgio il 15.5.2014 Attuate progettualità concordate tra SIAN, SIAOA e associazioni (Federsanità, AUSER FVG, Legacoop FVG, Coop Consumatori Nord Est), in tema di incidenti domestici e stradali, e attività motoria: corso walking leader realizzato 26 febbraio 2014 a Palmanova; con il coinvolgimento di AUSER si è ottenuto il supporto dei "nonni" per l'accompagnamento del Piedibus di Fiumicello. Inoltre con AUSER è stato realizzato un progetto sull'alimentazione corretta, in collaborazione con SIAN, SIAOA e altre associazioni (Federsanità, Legacoop FVG, Coop Consumatori Nord Est) Realizzato seminario di presentazione a S. Giorgio il 15.5.2014 con il patrocinio del Comune di S. Giorgio di Nogaro e la partecipazione, oltre alle associazioni citate, anche dell'Unione regionale cuochi FVG; ed evento con la popolazione il 26 settembre 2014 a Latisana.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani	Risultato atteso: Sezione aggiornata con materiale delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimenti di salute Mentale, Consultori, Neuropsichiatria Infantile, ecc..) pertinente i temi trattati dal portale <a href="http://www.giovani.fvg.it">www.giovani.fvg.it</a>
Attuazione al 31.12.2014 E' stata fornita la collaborazione richiesta secondo le indicazioni regionali, mettendo a disposizione il materiale prodotto per l'aggiornamento della sezione dedicata alla promozione della salute nel portale giovani.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza**

Obiettivo aziendale Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Risultato atteso: - Effettuazione interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno sui 4 temi di guadagnare salute (con diffusione dei risultati in azienda) - Effettuazione delle rilevazioni Okkio e HBSC e Obesità in Gravidanza come da indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2014 - PASSI: effettuate 275 interviste ed il report di azienda.	

- Per il programma di sorveglianza Okkio effettuata la rilevazione nelle 6 classi individuate e concluso l'inserimento dei dati di ogni singola rilevazione (questionario su scuola e salute, scheda classe, diario degli operatori, questionari bambini e questionario genitori) nel software specifico ed invio al referente regionale del progetto entro il 30/06/2014.
- Per HBSC è stata fatta la formazione degli operatori sanitari con la referente regionale HBSC, sono stati presi i contatti con le scuole campionate previo invio delle lettere di presentazione del progetto ed è stato effettuato un incontro formativo/propedeutico con gli insegnanti individuati dai rispettivi dirigenti scolastici; si è poi proceduto alla somministrazione dei questionari nelle 14 classe campionate ed in seguito alla raccolta e controllo della documentazione e relativa spedizione alla referente regionale HBSC effettuato un incontro formativo/propedeutico con gli insegnanti individuati dai rispettivi dirigenti scolastici; si è poi proceduto alla somministrazione dei questionari nelle 14 classi campionate ed in seguito alla raccolta e controllo della documentazione e relativa spedizione alla referente regionale HBSC.
- Obesità in gravidanza: attività non ancora avviata.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>IL RAPPORTO PASSI 2010-2013 PUR NON CITATO ESPLICITAMENTE È REPERIBILE SUL SITO DELL'AZIENDA</b>
<b>Conoscere per innovare</b>	
Obiettivo aziendale Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza	Risultato atteso: Costruzione di un indice di iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate.
Attuazione al 31.12.2014 La raccolta delle informazioni è stata realizzata ed il report conclusivo contenente l'indice delle iniziative è stato diffuso.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b>	
Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare.	Risultato atteso: Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva.
Attuazione al 31.12.2014 Elaborato il piano ed effettuati n.13 controlli congiunti Tdp-dietista presso le scuole con preparazione pasti e n.7 presso le strutture assistenziali (case di riposo).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dell'applicazione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione	Risultato atteso: - Condivisione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 con la stesura di un documento finale

dell'autocontrollo.	<p>di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Indicare il n. di interventi di controllo programmati per il 2014 – a conclusione della prima fase - da parte dei Servizi Veterinari e SIAN</i> Hanno aderito alla sperimentazione 6 imprese della ristorazione e 1 impresa di vendita al dettaglio di prodotti ittici: sono programmati 2 interventi di controllo per ciascuna impresa.</li> <li>- Stesura di un report finale al fine della validazione del progetto</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>La Direzione Centrale con nota 14841/P SPS-VETAL del 13 agosto 2013 ha comunicato l'adesione al progetto delle microimprese del territorio di competenza (di cui una di competenza veterinaria) - il ritardo nel cronogramma documentato con nota del Referente regionale del progetto non ha consentito il coinvolgimento di questo servizio entro il 2014 per la stesura del documento finale.</p> <p>Eseguiti n. 2 interventi di controllo nelle 6 imprese che hanno aderito alla sperimentazione, in data 24.10.14 e 21.11.14.</p> <p>Il ritardo nel cronogramma documentato con nota del Referente regionale del progetto in data 22.12.14, non ha consentito la stesura di un report di validazione entro il 2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2013</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p><i>Per le attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione ogni ASS deve indicare nel proprio PAL il n.ro di interventi programmati per il 2014 che costituiranno il risultato atteso aziendale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2014</li> <li>- il n. audit per settore programmati per il 2014</li> <li>- n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati</li> </ul> <p>Il numero dei controlli ufficiali e dei campionamenti sarà fissato secondo le indicazioni del PQSA 2014 e dei Piani di campionamento 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni: 12 controlli congiunti SIAN-VET in imprese della Grande Distribuzione.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il Programma di attività è stato adottato con prot. n. 13878 del 13 maggio 2014 ai sensi del "Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare - programmazione anno 2012" - Nota PEC della DCSISPSF del 22/04/2014.</p>	

<p>Il SIAN e i Servizi Veterinari hanno elaborato i piani operativi locali.</p> <p>SIAN: effettuati n.448 controlli ufficiali per tipologia di attività; effettuati n.5 audit; effettuati n. 62 campioni di alimenti.</p> <p>VET: eseguiti 840 interventi ispettivi su 558 attesi (&gt;100%); eseguiti 10 audit su 9 attesi (&gt; 100%); eseguiti 949 campioni su 616 attesi (&gt;100%)</p> <p>L'attività prevista è stata regolarmente espletata nei tempi e nei modi richiesti dalla programmazione regionale e aziendale, mantenendo, a parità di rischio le frequenze e le percentuali di controllo dell'anno precedente. In particolare i due indicatori individuati descrivono l'attività svolta in 840 interventi ispettivi su 558 attesi e 10 audit eseguiti su 9 attesi (fonte S.I.S.A.Ve.R. - Sistema informativo regionale).</p> <p>La maggiore attività è stata effettuata in preparazione di tre audit regionali (due sulle imprese e uno di sistema), nonché all'attività conseguente al follow-up di non conformità emerse durante l'attività programmata e all'attività di supporto ad altre Autorità Competenti e Organi di controllo. Sono stati effettuati n. 12 controlli congiunti SIAN - VET nella GDO, (pari al 100%).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuazione del terzo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Stesura di una relazione finale di verifica su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- miele</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Nessuna adesione al Progetto PPL da parte di Aziende rientranti nella tipologia ammessa dalla normativa regionale. Già in fase di rendicontazione al 30.06 era stato chiesto di stralciare l'obiettivo.</p>	
<p>Attuazione degli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione dei TdP ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive (formazione, eventualmente anche con corso interaziendale, da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08).</li> <li>- Visite ispettive nel 30% delle rivendite presenti nel territorio aziendale secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013): 11 rivendite.</li> <li>- Visite ispettive a livello interdipartimentale (tra servizi igiene e SPSAL) nella quota di aziende agricole individuata dalla regione per l'azienda sanitaria n.5 in base al peso che il comparto assume.</li> <li>- Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute,</li> </ul>

	secondo le indicazioni ministeriali
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione al 31.12.2014	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutti i Tdp del SIAN hanno partecipato alla formazione regionale effettuata in data 9-12 giugno 2014.</li> <li>- Effettuate visite ispettive in n. 11 rivendite di prodotti fitosanitari.</li> <li>- Effettuate visite ispettive in n. 12 aziende agricole per verificare il corretto utilizzo di prodotti fitosanitari congiuntamente con UOPSAL.</li> <li>- Compilati i report relativi all'attività svolta sul modello inviato dalla DCS su indicazione del Ministero della Salute.</li> </ul>	
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità</li> <li>- Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky</li> <li>- Eseguire i controlli previsti dal Piano Regionale</li> <li>- Mantenere l'attività di farmacovigilanza previste, con particolare riferimento alla vaccinazione contro il Morbo di Aujeszky</li> </ul>
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione al 31.12.2014	
Sono stati individuati 22 allevamenti per la coorte; è stata mantenuta l'attività di ricognizione per aggiornare la coorte stessa; sono stati eseguiti uno o più controlli sui 22 allevamenti, a seconda della tipologia e dello status sanitario, con particolare riferimento all'attività di farmacovigilanza e vaccinazione per la malattia di Aujeszky.	
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2014
Attuazione al 31.12.2014	
Erano previsti 38 controlli in allevamento e 10 in fase di trasporto e sono stati eseguiti 41 in allevamento e 13 in fase di trasporto.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione****Ambiente e salute**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso:
Applicazione della procedura di Valutazione	Evidenza del coinvolgimento dell'ARPA e degli

di Impatto sulla Salute	"informatori chiave" quali Comune, Provincia, etc. per l'individuazione degli elementi utili all'espressione del parere su insediamenti , progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute (anche prodotti per area vasta).
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Applicata la procedura di VISpa al progetto assoggettato a VIA per l'aumento della capacità produttiva dello stabilimento Kemira Italy SpA sito a San Giorgio di Nogaro; sono stati coinvolti nel percorso ARPA, Comune, CAFC e Ditta che hanno prodotto le specifiche check - list al fine di individuare gli elementi sui quali impatta il progetto e le possibili ripercussioni sui determinanti di salute.</p> <p>Il report conclusivo è stato condiviso con ARPA.</p> <p>Partecipato alla procedura di VISpa applicata al progetto assoggettato a procedimento di AIA per l'impianto recupero rifiuti urbani non pericolosi e rifiuti speciali non pericolosi con produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili della Ditta BIOMAN S.p.A. ubicato in Comune di Maniago (PN). E' stata prodotta la "check - list informatori" su richiesta dell'ASS 6 "Friuli Occidentale" - Dipartimento di Prevenzione, Struttura Complessa Area Ambienti di Vita pervenuta via PEC con nota in data 19/11/2014 a seguito di analisi degli elementi su cui impatta il progetto e conseguente individuazione delle possibili ripercussioni sui determinanti di salute. Il documento elettronico "check - list informatori" sulle interazioni esistenti tra i determinanti di salute e gli elementi di contesto è stato trasmesso all'ASS 6 nell'ambito del percorso condiviso di valutazione.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione cardiovascolare</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale e degli stili di vita, da parte dei mmg, in una quota di cittadini appartenenti alla popolazione eligibile (come da accordo mmg), estensione della valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale ad altre figure professionali.</p>
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Formare i professionisti	Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Adesione ancora parziale al progetto da parte dei MMG: alcuni dei medici aderenti al progetto hanno trasmesso le schede di rivalutazione del rischio cardiovascolare della popolazione coinvolta nello studio, ai fini della misurazione degli effetti di salute a 12 mesi dal primo contatto. Gli stessi MMG hanno trasmesso anche l'attestato di partecipazione ai corsi di formazione per la prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica, organizzato dall'ANMCO e svoltasi in modalità di FAD.</p>	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>REACH</b>	
Obiettivo aziendale Applicazione del regolamento REACH in ambito locale	Risultato atteso: Almeno un'ispezione per Area Vasta
Attuazione al 31.12.2014 L'attività ha interessato una sola ditta. L'ispezione è stata avviata il 9 settembre 2014 ed è stata condotta dal TdP che, al termine dell'istruttoria, ha provveduto alla stesura di apposita relazione con le evidenze delle non conformità riscontrate, inviandola al Direttore del Dipartimento di Prevenzione della A.S.S. n.5.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b>	
Obiettivo aziendale Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Risultato atteso: Evidenza delle attività preparatorie all'adozione dei protocolli
Attuazione al 31.12.2014 Partecipato al tavolo in Area Vasta Udinese a agli incontri con la presenza di operatori del DSM, Consultori, Neuropsichiatria Infantile, Dipendenze nelle seguenti date: 11/02 - 15/07 - 23/09/2014 e realizzazione del corso di formazione del 19 e 26 maggio 2014 a Udine. La nostra azienda sanitaria ha inteso collegare questo obiettivo con i piani di zona. Si è costituito quindi uno specifico tavolo minori per la condivisione tra servizi della presa in carico di minori con esordi di disturbo psichico. Il tavolo ha anche prodotto un protocollo.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (l ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> <li>- relativamente alla residenzialità/domiciliarità dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati;</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.</li> </ol>

Attuazione al 31.12.2014

1. L'accordo integrativo aziendale, siglato in corso d'anno, con la medicina generale ha previsto, tra le altre cose, una specifica attività sulla promozione dei farmaci a brevetto scaduto per tendere agli indicatori AIFA-MEF presenti nel sistema Tessera Sanitaria (TS), in particolare quelli specificatamente segnalati dalla Regione. E' proseguita l'azione di audit e feedback con l'invio del report medico del sistema Tessera Sanitaria (TS). I reparti hanno perseguito l'obiettivo di prescrivere, salvo situazioni motivate e documentate, i prodotti privi di copertura brevettuale nelle principali categorie terapeutiche.
2. Nel corso del 2014 non sono stati definiti protocolli dalla Commissione Tecnica per il Prontuario di Area Vasta Udinese. L'unico Protocollo licenziato dalla suddetta Commissione risale al 1 dicembre 2013 e riguarda l'"Utilizzo degli ESA (agenti stimolanti l'eritropoiesi) nella malattia renale cronica, alla luce della disponibilità dei farmaci biosimilari o equivalenti". Sono stati forniti al reparto di Nefrologia e Dialisi i report di consumo degli ESA per l'anno 2014.
3. La DPC è stata regolarmente gestita e adeguata all'evolvere del quadro normativo, programmatorio o economico nazionale e/o regionale: sono stati inseriti i farmaci che l'AIFA ha inserito in A-PHT, in conformità al disciplinare tecnico. Sono stati effettuati gli specifici campionamenti volti a verificare che la prescrizione alla dimissione sia coerente con l'obiettivo di cui al punto 1. Continua ad essere garantita la distribuzione diretta per l'ADI e la residenzialità.
4. La ASS5 si è adeguata ai percorsi e agli indicatori definiti dalla Regione per i farmaci ad alto costo di recente introduzione, con particolare riferimento ai centri individuati per la prescrizione dei medicinali sottoposti a Registro AIFA e a limitazione di prescrizione.
5. Attività di monitoraggio sulla prescrizione per singolo medico assicurata mensilmente ai MMG.
6. La lettura delle ricette AFIR è bloccata da maggio 2013; sono stati attivati meccanismi di controllo in collaborazione con i Distretti per i prodotti diversi dai dispositivi per i pazienti diabetici. Sono state monitorate le prescrizioni di assistenza integrativa in accordo con i Distretti, fornendo le informazioni necessarie per la corretta autorizzazione dei materiali richiesti. Si è cercato di fornire direttamente tutti i prodotti presenti nel magazzino interno della Farmacia Ospedaliera o nel magazzino del DSC.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (PRONTUARIO AREA VASTA)</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)	1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;

	<p>2. A livello di Area Vasta, anche tramite il prontuario di Area Vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</p> <p>3. La cartella oncologica informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</p> <p>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</p> <p>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA avviene nel rispetto della normativa vigente. Vengono inseriti tutti i dati richiesti dal registro AIFA per quanto riguarda la dispensazione, assicurando nel contempo l'appropriatezza d'uso, per consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk-sharing, per i registri che risultano operativi. Nel contempo si procede al recupero di quanto dovuto per quanto riguarda le dispensazioni avvenute quando i registri non erano attivi.</p> <p>2. La Regione non ha definito percorsi e indicatori per i farmaci ad alto costo destinati all'impiego territoriale.</p> <p>3. Al 30.06.2014 la cartella oncologica è implementata relativamente ai campi "protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione" con un grado di completezza pari al 93,6%; al 31.12.2014 la completezza è stata pari al 98,1%.</p> <p>4. La gestione dei flussi viene implementata correttamente anche con la puntuale ricognizione dei centri di costo.</p> <p>5. L'ASS5 ha partecipato agli incontri proposti dalla Direzione centrale per l'implementazione di un sistema per la rilevazione della mobilità farmaceutica intra-regionale. Attività di monitoraggio da avviare.</p>	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (CFR. NAO)</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	--

### Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici</li> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</li> <li>- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</li> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> <li>- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior</li> </ul>
--	---

	<p>informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sono stati consolidati i <u>programmi esistenti</u> e sono mantenute le attività di rilevazione e trasmissione dei dati relativi agli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dati costantemente rilevati e trasmessi alle SOC/SOS aziendali, oltre che pubblicati sul sito intranet aziendale alla voce "Qualità e sicurezza/indicatori di rischio/schede di budget". La trasmissione del report relativo al primo semestre 2014 alla DCSISSPSF è stata effettuata in data 21.8.14 con n. prot. 23871. Il report relativo al secondo semestre 2014 è stato inviato al coordinamento regionale il 27.3.15, n. prot. 17494/15.</li> </ul> </li> <li>- L'azienda partecipa alle attività di <u>validazione dei dati</u> raccolti <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'ASS5 ha dato la disponibilità al gruppo regionale per partecipare alle attività di rilevazione e validazione dei dati in altre aziende sanitarie (4 nominativi)</li> </ul> </li> <li>- <u>Farmaci</u>: l'azienda partecipa ai programmi regionali "Polifarmacoterapia nei pazienti anziani" e "Antibiotic Stewardship"; si mantiene il progetto sulla segnalazione delle reazioni avverse ai farmaci (ADR) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Polifarmacoterapia nei pazienti anziani: i dati sono stati raccolti e inviati al coordinamento regionale, come richiesto, nel mese di aprile 2014. I risultati dell'indagine sono stati presentati in specifici incontri a direttori e coordinatori di SOC/SOS</li> <li>▪ Antibiotic stewardship: l'ASS5 ha messo a disposizione della Regione, per la redazione delle linee guida regionali sulla terapia antibiotica, 4 dirigenti medici</li> <li>▪ ADR: 187 segnalazioni nel corso del 2014</li> </ul> </li> <li>- <u>Standard di sicurezza</u>: l'azienda mantiene l'attività di segnalazione degli eventi sentinella e di incident reporting e l'inserimento di "buone pratiche" nel sito Agenas; vengono adottate a livello aziendale le raccomandazioni regionali sulle lesioni da pressione e viene monitorata l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali sul rischio infettivo (microrganismi sentinella) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E' stata mantenuta l'attività di segnalazione di incident reporting (389 segnalazioni nel 2014; report a disposizione sul sito intranet "Qualità e sicurezza/indicatori rischio clinico"</li> <li>▪ è stata effettuata una segnalazione di evento sentinella al Ministero della Salute (evento del 10.8.14, eseguita Root cause analysis)</li> <li>▪ Buone pratiche in Agenas: sono state inserite 4 Buone Pratiche sul sito Agenas nel 2014</li> <li>▪ Sono state adottate in ASS5 le raccomandazioni regionali su LdP (linee guida disponibili sul sito intranet alla voce "Qualità e sicurezza/lesioni da decubito)</li> <li>▪ Viene costantemente monitorata l'applicazione delle raccomandazioni sulla gestione delle infezioni da microrganismi sentinella (check list di controllo sui casi a disposizione presso le direzioni ospedaliere di Palmanova e Latisana, a cura delle infermiere addette al controllo delle infezioni)</li> </ul> </li> <li>- <u>Percorsi del paziente e appropriatezza</u> dell'uso della diagnostica e delle terapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vengono elaborati e adottati quattro protocolli aziendali sull'appropriato utilizzo degli</li> </ul> </li> </ul>	

antibiotici in terapia.

- Sono stati elaborati i quattro protocolli aziendali e l'azienda ha partecipato alla stesura delle linee guida regionali (nelle pagine iniziali dei due documenti regionali sulla terapia delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti, sono riportati i nominativi dei quattro medici della ASS5 che nel 2014 hanno partecipato ai gruppi di lavoro)

I documenti sono agli atti presso le direzioni ospedaliere e disponibili sul sito intranet aziendale.

- Vengono effettuati incontri tra radiologi e clinici ospedalieri e territoriali (RSA e Hospice) per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni da parte degli specialisti

- 28.5.14 ore 13.30 effettuato incontro radiologi e clinici a Latisana. Tema: appropriatezza richiesta RX (verbale presso SOC Radiologia Latisana)

- 30.10.14 ore 14.30 effettuato incontro a Palmanova su appropriatezza richieste ecografia e RMN (verbale a disposizione presso SOC Radiologia Palmanova)

- E' stato organizzato il corso di formazione ASS5\_00987 Linee guida di gestione e valutazione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto (Palmanova 3 dicembre 2014; Latisana 10 dicembre 2014)

- Il protocollo "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto" è reperibile sul sito intranet aziendale alla voce "qualità e sicurezza/protocolli/esami radiologici con mezzo di contrasto"

- Il modulo "Scheda clinico anamnestica per indagini radiologiche con mdc somministrati per via endovenosa" è scaricabile da G2 dai reparti con degenza

- Dati assicurativi e contenzioso: i reclami a contenuto tecnico professionale e le schede di incident reporting vengono messe in sistematica relazione con i dati relativi al contenzioso aziendale

- I report sono stati elaborati in collaborazione tra Nucleo Operativo Rischio Clinico, URP e Ufficio Legale

- Trasparenza: vengono pubblicati sul portale aziendale dati relativi agli indicatori "rischio clinico"

- I dati sono reperibili sul sito internet aziendale cliccando su "Azienda informa/Governo clinico e sicurezza"

- Coinvolgimento dei pazienti sui temi della sicurezza: l'azienda partecipa al programma regionale; si organizzano con l'associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana incontri sul tema delle interazioni tra farmaci e con alimenti

- L'ASS5 ha messo a disposizione due operatori per il progetto regionale di coinvolgimento dei pazienti. Questi operatori hanno partecipato al gruppo tecnico regionale con lo scopo di realizzare una guida (Patient handbook) che supporti i pazienti e/o i caregiver durante tutto il percorso clinico-assistenziale. L'attuale documento è in bozza ed è in fase di revisione dopo la valutazione tramite criteri per la qualità linguistica e formale dei documenti per i pazienti previsti dal programma ETHIC

- Nel calendario relativo agli incontri presso il Consultorio Diabetologico di S. Giorgio di Nogaro è stato organizzato un pomeriggio di sensibilizzazione sul tema delle interazioni tra farmaci e con alimenti (sala riunioni Consultorio Diabetologico a S. Giorgio, il 18.11.2014, "Polifarmacoterapia: sicurezza ed appropriatezza dell'uso dei farmaci")

- il 16 dicembre 2014 nella Conferenza dei Servizi, presente l'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana, una relazione ha trattato l'argomento delle reazioni avverse ai farmaci e della polifarmacoterapia, valorizzando il ruolo dei cittadini

- L'Azienda Sanitaria ha aderito al Progetto Nazionale di Ricerca Corrente "La valutazione della

qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino". Tramite l'utilizzo di una checklist, un'equipe composta da cittadini con il supporto di operatori sanitari hanno valutato nel 2014 la qualità delle strutture ospedaliere. Alcuni item esploravano aspetti legati al rischio clinico come ad esempio: "ospedale senza dolore" oppure la "presenza nella cartella clinica di uno o più strumenti per la valutazione periodica del dolore nelle unità operative" o la "presenza di uno o più protocolli per il trattamento del dolore" o la "realizzazione negli ultimi 24 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione del dolore" e anche la "presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato" e di "report periodici di monitoraggio sull'applicazione della procedura operativa aziendale sul consenso informato".

- Formazione continua: viene realizzata l'attività formativa in azienda, in coerenza alle indicazioni regionali

- Sono stati organizzati in azienda numerosi corsi sul tema del governo clinico e della sicurezza del paziente in tutto il 2014 (es. uso appropriato antibiotici; scheda terapia e allergie ai farmaci; microrganismi sentinella, incident reporting etc). Atti a disposizione presso Area Formazione Aziendale

- Piano Nazionale Esiti: l'azienda partecipa al programma regionale e un gruppo di operatori viene formato con FAD sul PNE

- Due operatori della ASS5 hanno fatto parte del gruppo di coordinamento per il "Piano regionale dei controlli" che ha elaborato documenti e indicatori sulla base del Piano Nazionale Esiti.

- Un medico referente per ogni dipartimento dei due ospedali è stato formato con il corso FAD "Governo clinico, innovazioni, monitoraggio performance cliniche, formazione". Atti a disposizione presso Area Formazione Aziendale

- Altre attività:

- Documentazione sanitaria

- Viene adottata in fase sperimentale la nuova scheda infermieristica che accorpa molti indicatori relativi al rischio clinico (nutrizione, lesioni da pressione, cadute), presso la SOC Medicina dei due ospedali

- La nuova cartella clinica è stata adottata presso le SOC di Medicina Generale degli Ospedali di Palmanova e Latisana dall'1 settembre 2014 (cartelle cliniche dei pazienti a disposizione presso archivio cartelle cliniche)

- Rischio chirurgico

- Viene monitorata l'adozione della scheda per la sicurezza del paziente chirurgico in area ambulatoriale

- Sono stati prodotti report sull'argomento e inviati alle strutture aziendali. I dati sono a disposizione sul sito intranet alla voce "Qualità e sicurezza/indicatori rischio clinico e schede di budget

- Sicurezza nell'uso dei farmaci

- Vengono elaborati e adottati protocolli aziendali su appropriato uso antibiotici in ospedale, RSA e Hospice (infezioni vie urinarie, polmoniti, sepsi, meningiti)

- Nel mese di maggio 2014 sono stati elaborati dalla commissione aziendale antibiotici i relativi protocolli aziendali, validati durante il corso ASS5 n. 932 dal titolo "La revisione dei protocolli di terapia antibiotica" dal direttore SOC Infettivologia presso AOU UD. I quattro protocolli sono stati adottati a partire dal secondo semestre 2014

- In data 11.12.14, con lettera di trasmissione n. prot. 35783 venivano ufficializzate le linee guida regionali sul tema della terapia antibiotica di IVU e polmoniti. Nel gruppo di lavoro regionale erano presenti, a rappresentare l'azienda, 4 dirigenti medici
  - Il 18 dicembre 2014 a Latisana nel corso dell'aggiornamento "La revisione dei protocolli di terapia antibiotica" il direttore dell'Infettivologia di Udine, ha presentato le linee guida regionali sulla terapia antibiotica di polmoniti e infezioni delle vie urinarie, che sono state subito adottate in azienda e hanno sostituito gli analoghi protocolli aziendali in uso dal secondo semestre 2014. I protocolli aziendali (sepsi e meningiti) e le linee guida regionali (vie urinarie e polmoniti) sono reperibili sul sito intranet alla voce "Qualità e sicurezza/ protocolli/antibiotici". I documenti sono agli atti presso le direzioni ospedaliere
    - Viene attivato gruppo di lavoro ospedale-territorio sulla polifarmacoterapia
  - E' stato attivato il gruppo ospedale-territorio sul tema della polifarmacoterapia; sono stati raccolti i dati negli ospedali, RSA, Hospice, Case di Riposo e inviati in Regione; i report sono stati presentati durante gli incontri di restituzione dati sul rischio clinico in data 17 novembre a Palmanova e 18 dicembre a Latisana
    - Si mantiene il progetto sulla segnalazione delle reazioni avverse ai farmaci (ADR)
  - Nel 2014 sono pervenute al sistema di farmacovigilanza aziendale 187 ADR: 128 da medici ospedalieri, 3 da MMG, 26 da medici del Dipartimento di prevenzione, 23 da farmacisti, 1 da paziente e 6 da "altro"
  - E' stato continuato il progetto di farmacovigilanza "Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e delle ADR nella terapia analgica nei pazienti anziani con poli-patologia ricoverati presso le SOC di Medicina Generale degli ospedali di Palmanova e Latisana". I risultati del progetto sono stati presentati alla "Giornata regionale della qualità e sicurezza delle cure" a Udine il 9 ottobre 2014. In totale al convegno sono stati presentati dalla ASS5 4 poster e una comunicazione orale
    - Si prosegue con l'attività di formazione sugli antibiotici e i rischi delle interazioni tra farmaci
  - E' stato organizzato un corso di formazione per medici sull'utilizzo dello strumento "Terap" il 12 marzo 2014 dal titolo "Dal prontuario terapeutico alla pratica della medicina basata sulle prove di efficacia: come promuovere l'appropriatezza prescrittiva" (docente dell'Istituto Mario Negri). Atti a disposizione presso Area Formazione Aziendale
    - Rischio infettivo
      - Si mantiene la sorveglianza, vengono prodotti report semestrali pubblicati sul sito intranet e si monitora l'applicazione dei bundle relativamente a:
        - ✓ ISC (infezioni sito chirurgico)
        - ✓ IPV (infezioni polmonari nei ventilati)
        - ✓ Microrganismi sentinella
- I report ISC, IPV e Microrganismi sentinella sono a disposizione sul sito intranet aziendale alla voce "Reportistica/totale ASS5/2014/indicatori di performance ospedaliera oppure microrganismi sentinella").
- I report sul monitoraggio dei bundle sono a disposizione presso le direzioni ospedaliere di Palmanova e Latisana.
- Lesioni da pressione (LdP)
    - Si adottano le raccomandazioni regionali aggiornate nel 2013

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si monitorano dei "traccianti" tra ospedale-territorio</li> <li>▪ Si effettua lo studio di incidenza e l'indagine di prevalenza a livello ospedaliero e territoriale e si continua con l'attività di formazione <ul style="list-style-type: none"> <li>• le raccomandazioni regionali sul tema LdP sono state adottate in tutte le strutture aziendali e sono reperibili sul sito intranet aziendale alla voce "qualità e sicurezza/lesioni da decubito"</li> <li>• è stato effettuato il monitoraggio dei "traccianti"</li> <li>• l'indagine di prevalenza è stata effettuata il 22 ottobre 2014</li> <li>• lo studio di incidenza è stato effettuato dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014</li> <li>• l'attività di formazione è continuata durante tutto il corso dell'anno (corsi di addestramento sul campo per personale ospedaliero, RSA, Hospice e case di riposo. Atti a disposizione presso Area Formazione Aziendale).</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea n. 1.3.3.3 Accreditemento</b>	
Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	Risultato atteso: - Prosecuzione del programma di accreditamento - Redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Accreditamento della struttura trasfusionale confermato a pieno titolo come da verbale di verifica del Gruppo di valutazione regionale dd 10.07.2014.</p> <p>L'azienda non aveva piani di adeguamento per il 2014.</p> <p>Partecipato a n.6 attività di vigilanza per le strutture pubbliche e private, come da verbali disponibili presso la Direzione Centrale Salute.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
Obiettivo aziendale: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;	Risultato atteso: - Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento; - Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica; - Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare; - Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP;

	- Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Le linee operative per l'applicazione del Regolamento di cui al DGR 2190/2012 sono state già definite ed attuate entro il 2013.</p> <p>E' stato effettuato il 16/12/2014 un corso di formazione in collaborazione con la struttura di riabilitazione aziendale per prescrittori aziendali e personale sanitario e amministrativo coinvolto nell'assistenza protesica.</p> <p>Non è stato possibile l'avvio del nuovo contratto d'appalto del magazzino presidi aziendale per recesso della Ditta aggiudicataria del relativo appalto. Si è provveduto al rinnovo sino al 31.12.2014 del servizio da parte della Ditta aggiudicataria del precedente appalto; e a richiedere al DSC di attivarsi per una nuova procedura di gara.</p> <p>Continua il riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP nonché l'acquisizione degli stessi mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica tuttora vigente per proroga da parte del DSC.</p> <p>Assicurata partecipazione alla stesura del capitolato per la nuova gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi protesici elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012 presso il DSC</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>SONO STATE TRASMESSE LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) CHE DOVEVANO ESSERE IMPLEMENTATE NEL 2014</b>
Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> <li>- Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Nel 2014 non sono state emanate nuove linee operative in tema di assistenza protesica da parte della Regione.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea n. 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Risultato atteso: - Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.
Attuazione al 31.12.2014	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Azienda ha assicurato tutti i livelli di collaborazione necessari.</li> <li>• In Azienda, a cura della struttura "medicina del dolore e palliativa" è stato avviato un percorso di ridefinizione delle competenze specialistiche nell'ambito delle cure palliative affidandone la referenza ad un medico titolare del relativo incarico professionale</li> <li>• è stato avviato un percorso di collaborazione con <i>Movi Fvg</i> per l'attivazione di esperienze formative per i volontari del progetto "<i>Volontari a fianco del malato oncologico</i>" presso gli Hospice aziendali e l'Oncologia degli ospedali di Palmanova e Latisana.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>
Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero	- Predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale Hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
Attuazione al 31.12.2014	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Azienda ha assicurato tutti i livelli di collaborazione necessari.</li> <li>• Il flusso ministeriale Hospice viene alimentato nelle tempistiche previste.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	1.Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. 2.Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >39%.
Attuazione al 31.12.2014	
<p>Le Aree di Emergenza collaborano con il Centro regionale Trapianti di Udine per l'implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta.</p> <p>Era già stata segnalata l'opportunità di stralciare l'indicatore "Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute &gt;39%", in quanto non rilevabile in Azienda.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b>

	<b>L'AZIENDA NON PUÒ EFFETTUARE ACCERTAMENTI DI MORTE</b>
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>La valutazione di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti viene effettuata regolarmente su tutti i decessi a Palmanova da parte dell'Infermiera di Coordinamento afferente alla Direzione di Presidio Ospedaliero di Palmanova, mentre a Latisana attualmente è attivo solo sui decessi segnalati dai reparti. A fine dicembre 2014 è stata completata l'informatizzazione della morgue del Presidio Ospedaliero di Latisana al fine di esportare il modello operativo di Palmanova anche a Latisana.</p> <p>Al 31/12/2014 sono stati effettuati presso l'Ospedale di Palmanova 23 prelievi di cornee per un totale di 46 cornee prelevate e un prelievo di bulbi per un totale di 2 bulbi prelevati; presso l'Ospedale di Latisana sono stati effettuati 29 prelievi di cornee per un totale di 58 cornee prelevate e tre prelievi di bulbi per un totale di 6 bulbi prelevati. Quindi, complessivamente, l'ASS n. 5 ha procurato 104 cornee e 8 bulbi nel corso del 2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Definizione dei Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per la fase di pre e post impianto
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Attività non ancora avviata.</p> <p>Centralizzati i pazienti potenziali donatori dalle Aree di Emergenza di Palmanova (2) e Latisana (1).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.7 Piano Sangue: ASS 5 "Bassa Friulana"</b>	
Obiettivo aziendale: Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Risultato atteso: Contributo all'alimentazione del flusso informativo:
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il flusso informativo è regolarmente mantenuto. Sono state effettuate le riunioni del COBUS.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Accreditamento della struttura trasfusionale	Risultato atteso: Mantenimento dell'accREDITAMENTO della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>AccREDITAMENTO confermato a pieno titolo come da verbale di verifica del Gruppo di valutazione regionale dd 10.07.2014.</p>	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Adeguamento dello Studio di fattibilità e d'impatto, del Centro Unico di Produzione Emocomponenti di Palmanova, secondo una logistica che tenga conto del riordino della rete dei laboratori in Area Vasta udinese	Evidenza adeguamento studio entro il 31.12.2014
Attuazione al 31.12.2014 Sono state effettuate valutazioni congiunte sulla logistica tra AOUD e ASS 5; progettualità differita al 2015.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone con la seguente suddivisione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AV.Giu. Isontina per le neoplasie della mammella</li> <li>- AV.Udinese per le neoplasie del polmone</li> <li>- AV.Pordenonese per le neoplasie del colon retto</li> </ul>	<p>Risultati attesi</p> <p>Le tre aree vaste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e quella percepita dall'utente).</li> <li>• Entro 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale</li> <li>• Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il documento di analisi è stato redatto e inviato in Regione con nota n. 52330 del 31-7-2014. In data 30-6-2014, con nota prot. 44730, era stato richiesto alla Regione di modificare la data originariamente prevista per l'invio del 30-6 con il 31-7-2014.</p> <p>Il processo di sviluppo del percorso diagnostico-terapeutico individuato, con particolare riferimento all'integrazione Ospedale/territorio, è stato ritardato in ordine all'intercorsa revisione istituzionale del SSR, come previsto dalla LR 17/2014 ed alla conseguente previsione di superamento delle Aree Vaste.</p>	
<p>Motivazioni scostamento da risultato atteso</p> <p>LR 17/2014</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.9 Percorso nascita</b>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012</p>	<p><b>Risultati attesi</b></p> <p>1.Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio – Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).</p> <p>2.Attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari, qualora i livelli di sicurezza previsti dai provvedimenti nazionali e regionali non possano essere garantiti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E' proseguita in modo attivo la partecipazione da parte dei referenti aziendali al Comitato del Percorso Nascita regionale per la predisposizione dei seguenti documenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la cartella unica della gravidanza</li> <li>➤ le linee guida sul diabete gestazionale</li> <li>➤ le schede condivise tra i due centri regionali di neonatologia (Udine e Trieste) per il trasporto neonatale</li> </ul> </li> <li>- Per quanto riguarda l'attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari per mettere il sistema in sicurezza al nostro interno si stanno facendo tutte le procedure necessarie, ma la carenza di personale, sia dirigente che di comparto, è al momento la criticità principale.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare</b>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.</li> </ul>	<p><b>Risultati attesi:</b></p> <p>Per le Aziende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche)</li> <li>- Segnalazione di tutte le nuove diagnosi</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'Azienda non è in grado di segnalare le diagnosi di malattia rara in quanto non essendo centro di</p>	

riferimento non può certificare questo tipo di diagnosi, pertanto si ritiene che tale indicatore non possa che essere stralciato.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
--	-----------------------------

<b>Linea n 1.3.3.11 Diabete</b>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b>            Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p><b>Risultato atteso</b>            Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale.            Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale.            Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> <li>- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul> <p>Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione.            Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2014</b>            L'Azienda ha assicurato tutti i livelli di collaborazione necessari.            Sono stati effettuati incontri di informazione e sensibilizzazione dal titolo "Diabete: impariamo a conoscerlo" organizzati dall'Azienda e l'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana, con la collaborazione dell'AVIS e il patrocinio dei Comuni interessati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presso il Comune di Latisana in data 13.6.14,</li> <li>- presso il Comune di Cervignano del Friuli il 23.10.14;</li> <li>- presso il Comune di Aquileia il 14.11.14;</li> </ul>	

- presso il Comune di Villa Vicentina il 16.10.14.

Sono stati organizzati incontri sul tema dell'ipertensione nei pazienti diabetici nei Comuni di Torviscosa (26.9.14), Palmanova (24.10.14) e Latisana (21.11.14).

Inoltre sono stati organizzati eventi di formazione ed educazione terapeutica ed alimentare per pazienti diabetici con collaborazione con le Associazioni di Volontariato e la consulenza dell'internista, diabetologo, dietista e oculista.

Infine sono stati organizzati incontri con i pazienti e i loro famigliari al fine di costituire un gruppo di auto mutuo aiuto.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Le ASS recepiscono nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli ambiti distrettuali.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nel PAL vi è evidenza del recepimento degli obiettivi e delle azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali.</li> <li>2. Le ASS perseguono gli obiettivi previsti nel documento di programmazione integrata per il 2014.</li> <li>3. Le ASS in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni provvedono al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività.</li> </ol>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Con decreto DG n- 491 del 30.12.13 è stato approvato il PAL 2014 comprensivo della programmazione locale delle intese con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti.</p> <p>Con decreto 222 del 16.07.14 è stato adottato il Piano operativo 2014 contenente le schede di budget in cui gli obiettivi della programmazione locale sono riportati, declinati sulle strutture coinvolte.</p> <p>L'Azienda ha perseguito regolarmente gli obiettivi previsti nel PAA 2014, come si evince dai report di monitoraggio trimestrale trasmessi in Direzione Centrale Salute.</p> <p>Sono stati realizzati i monitoraggi dei due Ambiti distrettuali 5.1 e 5.2 e sono stati inviati alla Direzione Centrale:</p> <p>al 31.03.2014 con nota n. 13855 PEC del 20.05.2014 (Ambito di Cervignano) e con nota 14698 PEC del 8.05.2014 (Ambito di Latisana)</p> <p>al 30.06.2014 con nota n. 0018389 PEC del 11.07.2014 (Ambito di Cervignano) e nota n. 20157 PEC del 08.07.2014 (Ambito di Latisana).</p> <p>al 30.09.2014 con nota n. 27131 del 20.10.2014 (Ambito di Cervignano) e nota n. 29590 PEC del 6.10.2014 (Ambito di Latisana).</p> <p>al 31.12.2014 con nota 3894 del 18.02.2015 (Ambito di Cervignano) e nota n. 5672 PEC del 12.02.2015 (Ambito di Latisana).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p><u>Per l'Area Vasta:</u></p> <p>Nel 2014 attivazione di 10 PL di SUAP presso una residenza protetta o in alternativa in un modulo</p>

pazienti con GCA	dedicato di RSA con rispetto degli standard previsti. Programmazione di ulteriori 10 PL in residenza protetta con attivazione da programmare entro luglio 2015.
Attuazione al 31.12.2014 Con comunicazione prot. 94403/A del 31/12/2013 a firma del DG dell'ASS 4 "Medio Friuli", capofila di Area Vasta, è stato trasmesso alla DCSISSPF il progetto "Attivazione della Rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite in Area Vasta". Il progetto prevedeva l'attivazione presso l'I.M.F.R. Gervasutta di 10 p.l. dedicati alla SUAP, attivazione condizionata da investimenti edili-impiantistici, arredi, attrezzature e personale per un importo totale di complessivi 1.141.900€. Vista l'importante manovra di rientro sui bilanci delle aziende dell'Area Vasta ed il vincolo sul personale, non è stato possibile dar seguito alla progettualità.	
Motivazioni scostamento da risultato atteso L'importante manovra di rientro sui bilanci delle aziende dell'Area Vasta ed il vincolo sul personale, non hanno consentito di dar seguito alla progettualità.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>DA QUANTO RAPPRESENTATO RISULTA CHE È STATA FATTA UN'APPROFONDATA ANALISI E FORMULATA UNA PROPOSTA MA NON È STATA REALIZZATA</b>

<b>Linea 1.3.4.3: Salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale e di Area Vasta : Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di area vasta per i servizi afferenti all'area degli adulti e dell'età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva	Risultato atteso: Definire percorsi di contenimento della fuga extraregionale in particolar modo per la residenzialità migliorando l'offerta territoriale.
Attuazione al 31.12.2014 E' stato istituito un tavolo di lavoro integrato che vede la partecipazione di: area d'emergenza, pediatria, dipartimento di salute mentale, dipendenze patologiche, età evolutiva e disabilità, servizio sociale dei comuni che sta predisponendo un protocollo per la continuità delle cure, ospedale territorio a favore dei minori con difficoltà relazionali e comportamentali severe. Nel corso del 2014 tutti gli operatori del DSM hanno partecipato alla formazione sul campo "Analisi e gestione dei casi afferenti al CSM per il miglioramento della presa in carico". Si ritiene importante poter disporre di tutte le informazioni per una attenta analisi dei dati sulle "fughe extraregionali" relative ai ricoveri. Già da tempo si procede con l'analisi e la valutazione (congiunta) sulle motivazioni per l'avvio di progetti residenziali extra azienda (condivisi con il DdD e per i DCA), per l'individuazione di percorsi alternativi possibili finalizzati al contenimento della "fuga". Per i progetti condivisi con il DdD la scelta extra aziendale è dettata dalla necessità di allontanare i pazienti dall'ambito di residenza in quanto maggiormente a rischio e alcune volte su	

disposizione del Magistrato di Sorveglianza. Per i progetti dedicati ai DCA i percorsi residenziali si attuano nel servizio specialistico di Portogruaro (VE - ASL USL 10 Veneto Orientale) anche per un accordo regionale. Il gruppo di lavoro interno al DSM ha provveduto a fare una analisi valutativa per capire quanti pazienti sono "conosciuti" dai servizi e dai MMG. L'impegno e l'attenzione di questi mesi per il DSM sono stati profusi per modificare l'organizzazione della rete delle SR ricercando posti per offrire opportunità a pazienti "più giovani". Un limite e una criticità evidente è determinata dalla necessità di adeguamento e manutenzione che le SR richiedono.

Nessuna persona si trova in comunità residenziali extraregionali. Per quanto attiene alla fuga extraregionale nel 2013 24 persone contro le 51 nel 2012 sono state ricoverate in case di cura private convenzionate. Di queste 24, 8 sono state prese in carico dai CCSSMM nel 2014.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio e consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, 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, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.

Attuazione al 31.12.2014

Sono proseguite anche nel 2014 le azioni avviate nel 2013 del "tavolo di lavoro" tra le equipe dei CSM, Dipendenze, NPIA e Prevenzione, con incontri informativi, formativi e scambio sul tema "riconoscimento precoce degli esordi". E' stata mantenuta in ogni ambito distrettuale l'attività e l'interazione con i MMG, si mantengono rapporti costanti e sono in atto azioni per sviluppare azioni congiunte con l'area dell'associazionismo.

Sono stati organizzati 8 incontri nelle date 24/01, 21/02, 11/04, 11/06, 03/07, 05/09, 14/11 e 5/12/2014 con la presenza di operatori, utenti, famigliari e operatori del volontariato per la presentazione, descrizione e monitoraggio di una scala di valutazione sulla ripresa/recovery rispetto a problematiche di salute mentale (scheda RAS). In questo processo di ripresa vengono misurate le dimensioni dell'"essere nel processo del riprendersi" viste da parte dell'utente, familiare e operatore. L'applicazione della scheda RAS è stata proposta a dieci persone e loro contesti. In data 05/12/2014 è stata organizzata un'apposita riunione per presentare l'analisi dei risultati ottenuti.

Gli operatori dei due CCSSMM hanno partecipato inoltre agli eventi formativi in area vasta in tema di esordi di patologie psichiatriche. In data 8 e 19 maggio 2014 corso di formazione "La prevenzione e l'intervento precoce negli esordi psicotici in adolescenti e giovani adulti". In data 26 e 27 maggio 2014 "Disagio giovanile ed esordi psicotici: principi dell'intervento per il riconoscimento e la presa in carico integrata"

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Consolidamento dei programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento	Vedi Linea 1.3.4.10 Attivazione per le persone attualmente in OPG del Budget di Salute e Progetti Riabilitativi

	Personalizzati per consentire il reinserimento territoriale
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Due progetti riabilitativi personalizzati, in alternativa all'OPG sono in carico sul territorio. Partecipazione all'evento formativo in area vasta "Superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario" presso la sede del DSM di Udine in data 19/02 e 19/03/2014. Realizzazione dell'evento in data 23/05/14 "Quale futuro per le misure di sicurezza tra salute mentale e pericolosità sociale? La co-costruzione di buone pratiche" a Palmanova, rivolto al personale sanitario, all'ordine degli avvocati e ai magistrati di sorveglianza.</p> <p>Riesame, concordato con il magistrato di sorveglianza, l'amministratore di sostegno e l'avvocato difensore, di n. 1 caso di libertà vigilata con pericolosità sociale in alternativa all'OPG, ospite di una comunità locale.</p> <p>Il direttore del DSM ha partecipato agli incontri sul tema convocati dalla Direzione Centrale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>RETE Disturbi del Comportamento Alimentare</b>	
<p>Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)</p>	<p>Trasmissione alla DCSISSPS entro il <b>31.12.2014</b> degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e i dipartimenti di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>E' stato effettuato il monitoraggio delle risorse in Area Vasta dei servizi che si occupano di DCA e pubblicato sul portale regionale. Nel corso dell'anno 2014 sono state prese in carico n. 14 persone con problematiche di comportamento alimentare con colloqui, terapia farmacologica, terapia familiare in collaborazione con Equipe età evolutiva e medici specialisti. In due situazioni si è attuato un trattamento residenziale presso il Centro di Portogruaro, come da indicazioni operative della Direzione Centrale Salute, decreto n. 1200 del 10/12/2013 .</p> <p>Il documento redatto per il DSCISSP nel 2012 con il gruppo di lavoro regionale per quel che riguarda l'area vasta non comporta modifiche strutturali.</p> <p>Dal mese di aprile 2014 si è avviato un gruppo di lavoro multidisciplinare (medici psichiatri, internisti, neuropsichiatri infantili, nutrizionisti, psicologi, specializzandi, infermieri, educatori e dietisti) presso la CPI sul tema "Lavoro a rete DCA adulti e DCA infanzia e adolescenza", percorso integrato di cura per la fascia di confine (16-18 anni), con i seguenti obiettivi di progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– reinterpretare il lavoro in rete in Area Vasta per rendere più efficace l'integrazione DCA adulti e DCA Età Evolutiva</li> <li>– progettare un percorso di cura per l'età di confine 16-18, ottimizzandone l'offerta.</li> </ul> <p>I servizi coinvolti in questo progetto sono: CPU e SOS di Nutrizione Clinica dell'AOU, Servizi per i DCA delle ASS 3, 4 e 5 (sia per adulti che per minori), il Servizio specialistico per i Disturbi</p>	

alimentari di Portogruaro (VE) e l'Associazione La Nostra Famiglia".	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>ANCHE SE SONO STATI RAGGIUNTI ALCUNI IMPORTANTI</b> <b>RISULTATI DI RIORGANIZZAZIONE NON SONO PERVENUTI</b> <b>GLI ACCORDI FORMALIZZATI ALLA DIREZIONE CENTRALE</b> <b>SALUTE</b>

<b>Linea 1.3.4.4. Dipendenze</b>
----------------------------------

<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire l'accesso alla presa in carico e al trattamento dei soggetti che presentano ludopatia patologica ed altre dipendenze comportamentali</li> <li>- Collaborare con la Direzione regionale competente per rispondere agli obiettivi previsti dal progetto nazionale GAP.</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I servizi per le dipendenze patologiche offrono l'informazione, la presa in carico ed il trattamento terapeutico per soggetti che presentano ludopatia patologica ed altre dipendenze comportamentali</li> <li>- Consolidamento della collaborazione con associazioni di volontariato</li> <li>- Partecipazione del direttore dei servizi per le dipendenze patologiche, o di un suo delegato, al tavolo regionale GAP</li> <li>- Entro il 31.12.2014 produzione report alla Direzione</li> </ul>
---	---

Attuazione al 31.12.2014

La presa in carico delle persone con problemi di GAP è stata garantita; al 31/12/14 sono attivi quattro gruppi terapeutici, uno dei quali tenuto in collaborazione con l'associazione di volontariato costituita ad hoc degli utenti seguiti dal nostro servizio, in particolare si cita la collaborazione con Centro Italiano Femminile, ACLI fiumicello, Federconsumatori FVG, Associazione ARTPORT Latisana. Sono state svolte attività di sensibilizzazione rivolte sia alle fasce giovanili sia alla popolazione in generale anche in collaborazione con associazioni di volontariato. E' stato anche tenuto un corso rivolto a personale della polizia di stato della questura di Udine. E' attivo lo sportello info azzardo.

E' stata garantita la partecipazione a tutti i tavoli regionali GAP indetti nel 2014.

L'Azienda ha fornito alla Direzione Regionale per il tramite del tavolo regionale GAP, i dati di attività 2014 riguardanti l'utenza.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</li> <li>- Partecipazione al processo di accreditamento fra pari delle comunità terapeutiche.</li> <li>- Confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi.</li> <li>- Monitoraggio della diffusione dell'uso</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione, nell'ambito dell' Osservatorio sulle Dipendenze, di linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi</li> <li>- Evidenza della partecipazione al processo di accreditamento. (Almeno un rappresentante per servizio per le dipendenze presente nell'équipe valutativa)</li> <li>- Evidenza del monitoraggio della diffusione</li> </ul>

di nuove sostanze psicoattive.	dell'uso di nuove sostanze psicoattive (con produzione di dati aggregati divisi per servizio sulla diffusione dell'uso)
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Operatori della nostra struttura operativa hanno partecipato a tutte le riunioni del tavolo di lavoro specifico indetto dall'Osservatorio Regionale Dipendenze, cui il Direttore della struttura Dipendenze patologiche è il responsabile scientifico. E' stato elaborato un documento contenente le idee elaborate dal tavolo di lavoro, condiviso anche con i colleghi della salute mentale, con lo scopo di addivenire possibilmente ad un regolamento unico regionale in materia.</p> <p>Due operatori della struttura operativa hanno partecipato alle attività di accreditamento tra pari, il direttore della struttura ha partecipato a tutte le riunioni riguardanti l'accreditamento ed ha contribuito alla formulazione del documento finale.</p> <p>Il questionario è stato elaborato e condiviso da tutti i Direttori dei DDD regionali. Questi ultimi hanno concordato di avviare il monitoraggio sulla diffusione di nuove sostanze psicoattive in via sperimentale in un campione di utenti di età compresa nella fascia tra i 19 e i 25 anni. E' stata quindi avviata la raccolta dati nel campione (123 utenti afferenti ai servizi di Gorizia e Monfalcone) ed elaborati i risultati. Hanno accettato di partecipare all'indagine 91 utenti su 123 (71 maschi – 20 femmine).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</b>	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer	Risultati attesi:
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>In data 2 ottobre 2014 è stato effettuato un corso di formazione in tema di demenze; sono stati organizzati due incontri in data 10.11.14 e 2.12.14 con il coinvolgimento degli operatori dei servizi distrettuali, degli ospedali e delle associazioni, finalizzato alla predisposizione di un PDTA in tema di demenze. E' stato ridefinito il percorso di diagnosi, cura ed assistenza integrata socio-sanitaria per i cittadini affetti da Alzheimer e da altre forme di demenza e l'assetto organizzativo e funzionale dell'UVA con nota prot. 37475 del 29.12.14.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Risultato atteso: Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale;
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Il gruppo di lavoro dedicato alla dialisi peritoneale, costituito da medici e infermieri della SOC Nefrologia e dialisi, ha prodotto, rivisto e corretto le procedure necessarie alla gestione della dialisi peritoneale ed ha coinvolto tutto il personale in un evento formativo di aggiornamento obbligatorio effettuato il 12 e 25 giugno 2014 "Dialisi peritoneale, prime esperienze nel centro di</p>	

Palmanova". Il lavoro svolto ha permesso l'elaborazione di un documento che è stato inviato in Direzione Centrale per l'autorizzazione e l'accreditamento dell'attività di dialisi domiciliare.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>DA QUANTO RAPPRESENTATO RISULTATO EFFETTUATE LE PROCEDURE E UN PERCORSO FORMATIVO MA NON INIZIATA L'ATTIVITÀ DI DIALISI PERITONEALE</b>
--	---

**Linea 1.3.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. consolidamento del gruppo di lavoro distrettuale SmartCare. Indicatore: delibera di costituzione dei gruppi ed avvio delle attività del gruppo . Entro fine febbraio</li> <li>2. partecipazione entro 31.12 ad almeno il 80% degli incontri di presentazione e formazione organizzati dal Coordinamento Regionale di Progetto in capo ad ASS1. Indicatore: numero di eventi cui i membri del gruppo hanno partecipato.</li> <li>3. In dipendenza delle disponibilità attuative e delle indicazioni correlate fornite dal Coordinamento Regionale di Progetto, avvio delle prime azioni con raccolta dei dati, delle procedure di monitoraggio remoto con i dispositivi e di uso delle tecnologie. Atteso:             <ol style="list-style-type: none"> <li>3A) entro 30.6 in almeno 2-3 casi/distretto acquisito consenso informato scritto; completata randomizzazione ed assegnazione a gruppo controllo od intervento.</li> <li>3B) entro 31.12 completamento dell'arruolamento del primo set di partecipanti (4-5 soggetti per distretto – salvo compensazioni aziendali interdistrettuali), con consolidamento di raccolta dei dati, uso dei dispositivi ICT, del fascicolo elettronico.</li> </ol> </li> </ol>
--	--

Attuazione al 31.12.2014

1. Il gruppo di lavoro distrettuale SmartCare è stato individuato e i nominativi sono stati inviati all'ASS 1 capofila del progetto.
2. E' stata assicurata la presenza al 100% degli incontri organizzati dall'ASS 1.
3. A -B) L'arruolamento del primo set dei pazienti, nonché l'acquisizione dei consensi informati e la successiva assegnazione al gruppo controllo o intervento ha subito i ritardi conseguenti alle problematiche tecniche correlate alla gara d'appalto. Il protocollo per la sperimentazione "SmartCare" e l'arruolamento dei casi è stato trasmesso dall'ASS 1 nel mese di agosto e nei mesi successivi sono stati individuati 10 pazienti (4 a Est e 6 a Ovest); per i 10 pazienti arruolati sono

state acquisite tutte le informazioni richieste sull'apposita piattaforma "SmartCare".	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

**Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata**

<p>Obiettivo aziendale :</p> <p>Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISSR</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1) Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare e, quando sarà reso disponibile il sistema informativo, nelle strutture di cure intermedie .</p> <p>2) Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p> <p>3) Monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCS.</p> <p>3a) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è&gt;90% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è&gt;75%</p> <p>3b) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della Valgraf (con PAI si)è&gt;70% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della Valgraf (con PAI si)è&gt;50%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>1. Le diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare sono codificate con ICD9-CM e i dati sono caricati a sistema. Il sistema informativo non è stato implementato per la parte relativa alle strutture di cure intermedie.</p> <p>2. Si procede con l'implementazione della valutazione Valgraf per i pazienti in carico ai servizi domiciliari.</p> <p>3. Dall'analisi dei dati disponibili sul Portale Direzionale al 31.12.2014 la compilazione della diagnosi delle prese in carico distrettuali con PAI = SI è 98,8% e la compilazione della Valgraf delle prese in carico distrettuali con PAI = SI è 95,7%.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</b>	
Obiettivo aziendale 1) Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti:	Risultato atteso Collaborazione nella formulazione di una proposta di nuova classificazione delle residenze per anziani presenti sul territorio aziendale da sottoporre al parere della Conferenza dei sindaci.
Attuazione al 31.12.2014 Non sono pervenute richieste di collaborazione. Si rimanda all'apposita sezione del presente bilancio per la relazione sulle attività svolte al riguardo dall'Area Welfare di Comunità nell'anno 2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È STATO DATO AVVIO AL PROCESSO DI RICLASSIFICAZIONE</b>
2) Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali funzionanti	Per ogni domanda di autorizzazione pervenuta, tutte le ASS danno evidenza di: - Realizzazione di ispezione presso il servizio, - Rilascio di atto autorizzativo ovvero comunicano al richiedente i motivi ostativi all'accoglimento della domanda.
Attuazione al 31.12.2014 Non sono pervenute richieste in merito al rilascio di atti autorizzativi. Si rimanda all'apposita sezione del presente bilancio per la relazione sulle attività svolte al riguardo dall'Area Welfare di Comunità nell'anno 2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	- Verifica e approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati negli anni precedenti; - Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita; - Monitoraggio del requisito (con relativi criteri e standard) scelto nei PAL 2013 ed attivazione di un percorso di promozione della qualità in almeno 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del territorio aziendale; - Predisposizione di una relazione illustrativa dell'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno.
Attuazione al 31.12.2014 - In Casa di Riposo a Cervignano, il piano di miglioramento ha consentito l'attuazione di modalità operative per rendere sistematica la valutazione del dolore, il controllo dello stato di idratazione degli ospiti e l'adozione di provvedimenti utili a migliorare la continuità assistenziale	

territorio-ospedale. - Effettuata visita di audit alla Casa di riposo di Ajello in data 17.06.2014. - E' stato predisposto un protocollo per la prevenzione della disidratazione condiviso con tutte le strutture residenziali convenzionate. - Relazione illustrativa prot. n. 15460 del 17.03.2015.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4) Sistemi informativi: Tutte le ASS devono monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	Tutte le ASS danno evidenza delle proprie verifiche e delle eventuali sollecitazioni
Attuazione al 31.12.2014 Si è provveduto sistematicamente alla verifica con tempestivo sollecito qualora siano stati evidenziati inadempimenti e ritardi.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5) Convenzione Tutte le ASS provvedono ad adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione.	Entro il 31/12/2014, tutte le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani sono aggiornate sulla base dello schema tipo regionale.
Attuazione al 31.12.2014 Non è ancora stato definito lo schema di convenzione tipo regionale. Sono state sottoscritte le convenzioni per l'anno 2013, in analogia agli anni precedenti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<b>NON È STATO ADOTTATO LO SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE</b>
6) Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Tutte le ASS provvedono a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.	Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.
Attuazione al 31.12.2014 Tutti gli assistiti per i quali è stata effettuata una UVD in previsione di accoglimento nelle strutture residenziali o semiresidenziali convenzionate sono stati valutati con lo strumento ValGraf. Tali valutazioni sono state inserite in e-Genesys.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate</b>	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>implementazione delle attività di inserimento lavorativo e di inclusione sociale di persone svantaggiate con l'omogeneizzazione delle pratiche a livello regionale, sostegno alla cooperazione sociale B</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>L'azienda nel 2014 ha destinato all'area delle "borse lavoro" le stesse risorse economiche stanziare nel 2013 e dedicate al mantenimento di circa 110 progetti di inserimenti riabilitativi suddivisi fra salute mentale e dipendenze patologiche;</p> <p>Prosegue in partenariato con l'Ambito Distrettuale di Latisana il progetto "Fattoria Sociale Volpares" finanziato con i fondi regionali;</p> <p>Attuazione del protocollo tra Area vasta e Provincia di Udine attraverso la condivisione al "Progetto di Elaborazione Nuove Strategie Occupazionali", con la partecipazione di alcuni operatori agli incontri prefissati e l'implementazione di tutte le azioni previste dal predetto protocollo.</p> <p>L'Azienda nel 2014 prosegue la collaborazione con i due Ambiti Distrettuali per l'attuazione del progetto "SIC" finalizzato all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, previsto nel Piano di Zona 2013-2015 (partecipazione operatori DSM all'incontro di presentazione SIC l'11.06.2014 c/o Centro per l'Impiego di Cervignano del Friuli).</p> <p>Area Disabilità adulta: realizzati 2 progetti personalizzati di inclusione sociale;</p> <p>Area Dipendenze: 4 persone sono state inserite in contesti lavorativi;</p> <p>Area Salute mentale ovest: nel corso del 2014 è stato attivato un percorso di inserimento socio-lavorativo presso una fattoria sociale, oltre al mantenimento di due percorsi già avviati presso la stessa sede. Nell'ambito del progetto SIC sono state selezionate e presentate 2 persone di San Giorgio di Nogaro afferenti al CSM di Latisana;</p> <p>Area Salute mentale est: nel corso del 2014 sono stati attivati 7 percorsi di inserimento socio-lavorativo presso una fattoria sociale, oltre al mantenimento dei percorsi già avviati presso la stessa sede. Nell'ambito del progetto SIC è stata selezionata 1 persona di Palmanova afferente al CSM di Palmanova.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% 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	1.550,2	1.550,2	100%
2010	3.138,8	3.138,8	3.138,8	100%
2011	2.171,5	2.171,5	2.171,5	100%
2012	2.062,2	1.779,7	1.850,2	90%
2013	2.842,5	1.315,7	1.686,8	59%
2014	322,4	-	269,6	84%

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	571,4	571,4	103,5	1.299,6	1.184,0	106,7
2007	1.314,8	1.314,8	236,5	1.378,2	1.121,8	81,1
2008	50,2	50,2	9,8	1.565,8	1.464,5	114,5

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
Attrezzature cucina per preparaz.e distribuzione ai reparti con vassoio personalizzato	P.O.Palmanova	2012	215,0	-	in corso	in corso
Tomografo a risonanza magnetica	P.O. Latisana	2013	1.100,0	-	-	-
Travi testaleto per ADE	P.O.Palmanova	2014	175,2	-	-	concluso

(importi espressi in migliaia di euro)

STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2013 DEI PIANI DEGLI INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI

	Piano 2008(*)		Piano 2009(*)		Piano 2010		Piano 2011	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.190,0	%	2.305,0	%	400,0	%	1.000,0	%
Progettazione in corso		0,0%		0,0%	400,0	100,0%		0,0%
Progettazione conclusa		0,0%	500,0	22,6%		0,0%		0,0%
Cantiere in corso		0,0%	65,0	2,9%		0,0%	820,0	82,0%
Opera conclusa	968,0	100,0%	1.652,0	74,5%		0,0%	180,0	18,0%
<b>Totale</b>	<b>968,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.217,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>400,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.000,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2012		Piano 2013	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	370,0	%	865,0	%
Progettazione in corso		0,0%	470,0	54,3%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%
Cantiere in corso	60,0	16,2%		0,0%
Opera conclusa	310,0	83,8%	395,0	45,7%
<b>Totale</b>	<b>370,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>865,0</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importi dei piani 2008, 2009 soggetti a riprogrammazione dei finanziamenti ex LR 27/2012 art. 8, DGR 2262/2013

STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato di attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Ospedale di Latisana : messa a norma e accreditamento				
II lotto - torri impiantistiche	2003	2.499,0		
III lotto - padiglione chirurgico	2004	4.000,0	85%	100%
IV lotto - padiglione chirurgico (strutture)	2005	7.000,0		
Sale operatorie	2012	250,0		
ristrutturazione ed adeguamento (perizia n.2)	2013	200,0		
Ospedale di Latisana - Contributo straordinario per bonifica da rifiuti ospedalieri	2010	200,0	0%	0%
Ospedale di Latisana - Gruppo frigorifero	2011	600,0	0%	50%

(importi espressi in migliaia di euro)

## | AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.6 "FRIULI OCCIDENTALE"

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

**Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso (modificato All 5 DGR 1322/2014)</p> <p>a) Entro 30/07/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>- Anatomia patologica di area vasta</li> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> <li>- Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale</li> <li>- Altro</li> </ul> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>a) Il documento con i progetti di riorganizzazione per Laboratorio di patologia clinica, Anatomia patologica e Servizio di radiologia su h 24 per area vasta è stato inviato alla DCSISPS dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG).</p> <p>Il documento relativo al progetto di riorganizzazione del servizio di Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale è stato inviato alla DCSISPS dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.07.2014 (prot. n.40327/DG).</p> <p>b) Laboratorio di patologia clinica di area vasta</p> <p>La progettualità prevedeva il superamento del vincolo relativo al sistema informatico nonché la concentrazione a Pordenone dell'attività per esterni. Nel corso del 2014 non si è avviata la riorganizzazione in quanto la progettualità del sistema informatico è rimasta bloccata dal livello regionale (INSIEL) e dall'avvio del percorso di riforma del sistema sanitario regionale (requisiti/funzioni per Presidio).</p> <p><u>Anatomia patologica di area vasta</u></p> <p>Nel corso del 2014 si sono realizzati i seguenti percorsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acquisti di reagenti e sistemi tramite capitolati condivisi con il CRO;</li> <li>2. Referto anatomopatologico di Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica;</li> <li>3. Eventi formativi ECM comuni.</li> </ol> <p><u>Servizio di Radiologia su h 24 su area vasta</u></p> <p>In data 7.8.2014 è stato deliberato con decreto del Direttore generale AOSMA l'atto n.207 che adotta il protocollo per la tele gestione degli esami radiologici convenzionali e TC senza contrasto all'interno dell'area vasta pordenonese e riguardante tutte le strutture afferenti all'Azienda.</p> <p>partire dal 20 ottobre 2014 è stata avviata la guardia radiologica provinciale.</p> <p><u>Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale</u></p>	

Tutte le funzioni/attività identificate nel progetto di riorganizzazione, sono state in parte già avviate nel corso del 2014, in parte agli inizi del 2015 con l'unificazione Aziendale: unificazione presso la farmacia ospedaliera di Pordenone delle forniture personalizzate agli assistiti della provincia; centralizzazione della gestione dei recuperi economici per medicinali soggetti alle varie forme di rimborso e del monitoraggio dei consumi farmaceutici territoriali e ospedalieri; unificazione dell'attività di farmaco vigilanza e vigilanza sui dispositivi medici e definizione di percorsi di gestione terapeutica condivisa del paziente cronico anche attraverso formazione specifica tra ospedale, territorio e MMG.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>b) OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	
Obiettivo aziendale Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Risultato atteso (modificato All 5 DGR 1322/2014) Le Aziende entro 31/03/2014 dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.
Monitoraggio al 31.12.2014 Il documento con i progetti di riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere e applicazione degli standard del decreto Balduzzi è stato inviato alla DCSPSF dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 31.03.2014 (prot. n. 17406/DG).	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.2 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

<b>Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria</b>	
Obiettivo aziendale Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione integrata delle malattie croniche, della continuità assistenziale	Risultato atteso Redazione del Piano dell'Assistenza Primaria e trasmissione alla DCSPSF entro giugno 2014
Monitoraggio al 31.12.2014 Il documento con la redazione del Piano Aziendale dell'assistenza primaria, condiviso in coordinamento di area vasta il 26.06.2014, è stato inviato alla DCSPSF dalla Direzione Generale della ASS6 in data 30.06.2014 (prot. n. 34184/DG).	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013 (Trattamento previdenziale, Gestione personale dipendente – concorsi, Gestione economico-finanziaria, Approvvigionamento e logistica, Fiscalità, Sviluppo albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta) e avviamento di ulteriori sinergie con le altre aziende di area vasta sul versante dei servizi amministrativi centrali e periferici e ciò soprattutto nell'ottica di mettere in sicurezza attività che potrebbero essere pregiudicate dall'impossibilità di garantire il turn over.</p>	<p>Risultato atteso (<u>modificato All 5 DGR 1322/2014</u>)</p> <p>Nuovi progetti gestionali amministrativi</p> <p>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014</p> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano</p> <p><u>Trattamento previdenziale:</u> l'Ufficio unico, ormai rodato nella sua funzionalità, proseguirà le azioni nel 2014 con misure volte alla stabilizzazione dell'assetto organizzativo.</p> <p><u>Gestione personale-concorsi:</u> le Aziende, considerate le importanti sinergie raggiunte e gli ottimi risultati conseguiti, perseguiranno tale obiettivo anche nel 2014 promuovendo procedure concorsuali in comune relativamente alle eventuali figure professionali di reciproco interesse che saranno individuate in corso d'anno.</p> <p><u>Gestione economico-finanziaria:</u> nel corso del 2014 le attività iniziate nell'anno precedente proseguiranno mettendo a regime il sistema centralizzato di recupero crediti in sofferenza.</p> <p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> proseguiranno nel 2014 le azioni volte alla stabilizzazione e all'affinamento delle attività correlate al Magazzino Unico presso l'Interporto di Pordenone (per i beni sanitari e non sanitari gestiti a scorta), con l'obiettivo di ridurre quanto più possibile problematiche connesse alle modalità di consegna dei materiali e alle tempistiche di esecuzione in rapporto alle specifiche esigenze dei diversi Presidi ospedalieri.</p> <p><u>Fiscalità:</u> il Servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area vasta e proseguirà in tale modalità per tutto l'anno 2014.</p> <p><u>Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:</u> Consolidamento a livello di area vasta pordenonese dell'Albo Fornitori, quale strumento</p>

	propedeutico allo svolgimento dell'attività contrattuale di competenza aziendale (contratti di fornitura di beni e servizi di valore inferiore a € 40.000) e documentazione correlata.
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale  Il documento con la predisposizione di un piano per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative è stato inviato alla DCSISPS dalla Direzione Generale della ASS6 in data 31.03.2014 (prot. n. 17406/DG).  In data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG) è stato comunicata alla DCSISPS il documento relativo al completamento dei progetti avviati negli anni precedenti, realizzato nel primo semestre (armonizzazione delle funzioni amministrative delle strutture Politiche e gestione delle risorse umane, collaborazione nell'ambito delle strutture Programmazione e controllo, collaborazione nell'ambito delle strutture Assistenza farmaceutica).</p> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano  Con deliberazioni n. 199 del 16.6.2014 dell'ASS6 e n. 145 del 18.06.2014 dell'AOSMA, è stato nominato un unico responsabile per l'incarico di Direttore della SC Politiche e Gestione delle Risorse Umane presso le due Aziende al fine di dare attuazione all' aggregazione delle funzioni amministrative di area vasta per l'ufficio Personale.  Nello specifico, si è provveduto a predisporre una procedura unificata per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la costituzione e monitoraggio dei fondi contrattuali,</li> <li>➤ la richiesta degli assegni nucleo familiare</li> <li>➤ l'applicazione del credito di cui al D.L. 66 del 24.4.2014 convertito con modificazioni in Legge 23 giugno 2014, n. 89.</li> </ul> <p>Dal mese di novembre le due strutture sono state riunite presso la sede di Via Vecchia Ceramica, portando a compimento l'aggregazione delle funzioni amministrative in anticipo rispetto alla creazione della nuova Azienda frutto della fusione dell'ASS6 e dell'AOSMA a far data dal 01/01/2015.</p> <p>Oltre alla nomina di un unico Direttore della Struttura "Politiche e Gestione delle Risorse Umane" è stato individuato un unico responsabile dell'Assistenza farmaceutica. A seguito, infatti, della cessazione per collocamento in quiescenza del Direttore della SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera dell'AOSMA, in previsione della costituzione dell'attuale AAS5, si è provveduto ad affidare ad interim, la responsabilità della SOC vacante sopracitata al dirigente già titolare dell'analogo incarico presso l'ASS6.</p> <p>Nell'ultimo trimestre 2014, a seguito del collocamento in aspettativa, ai sensi dell'art. 23 bis del D.Lgs. 165/2001 s.m.i., del dirigente ex ASS6 con funzioni di responsabile del servizio del Provveditorato-Economato, si è di fatto rafforzata la collaborazione con AOSMA individuando con deliberazione del Direttore Generale ASS6 n. 392/2014 quale coordinatore responsabile il Dirigente Amministrativo titolare dell'analoga struttura presso l'AOSMA.</p> <p><u>Trattamento previdenziale:</u></p> <p>Nel corso del 2014 si sono consolidate le procedure di unificazione delle funzioni aventi carattere previdenziale/pensionistico per l'area vasta pordenonese con capofila l'ASS6.</p> <p>In questi anni l'ufficio ha omogeneizzato le procedure e la modulistica, stabilizzato il suo assetto organizzativo, rafforzato la sinergia degli uffici di front office per il bacino d'utenza per la Provincia di Pordenone.</p>	

L'Ufficio Unico, con le proprie sinergie, ha garantito tutte le funzioni previste e ha collaborato con la sede INPS di Pordenone Gestione Dipendenti Pubblici per verificare ed incrementare la banca dati relativa ai dipendenti alla luce dell'invio da parte dell'INPS stesso di un estratto contributivo ad ogni iscritto.

#### Gestione personale-concorsi:

Nel PAL 2014 si era condiviso di avviare una unica procedura concorsuale riferita al profilo di infermiere individuando quale Azienda capofila l'azienda Ospedaliera di Pordenone.

A seguito dell'iter normativo che ha portato alla approvazione della L.R. 17 del 16.10.2014 (Riordino del SSR) con l'istituzione, tra l'altro, dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi, la procedura concorsuale è stata bloccata in quanto di competenza del nuovo ente, come confermato dalle linee di gestione per l'anno 2015.

In ambito di Area Vasta è proseguita la riorganizzazione gestionale delle procedure per l'acquisizione del personale maggiormente richiesto sul mercato del lavoro sanitario, con l'utilizzo in comune delle graduatorie in corso di validità (OSS – Infermieri – Ostetriche etc). Le aziende sono intervenute direttamente presso le sedi richieste al fine di favorire l'espletamento delle procedure concorsuali in atto e per il loro completamento.

Nella seconda parte del 2° semestre 2014 A.S.S. 6 è intervenuta anche nelle procedure di assunzione direttamente effettuate da AOSMA, in un'ottica di collaborazione per quanto in fase di attivazione dalla Legge Regionale 17/2014 (Riordino del SSN Regionale).

#### Gestione economico-finanziaria

Sulla base della "Convenzione per il recupero dei crediti delle aziende sanitarie dell'Area Vasta Pordenonese" l'ASS6 ha provveduto a inviare ad AOSMA n.106 posizioni creditorie e AOSMA ha proceduto a inoltrare dette pratiche a Equitalia la quale ha emesso ruoli per un carico complessivo di euro 51.932,92.

#### Approvvigionamenti e logistica:

Consolidamento del progetto di Magazzino Unico: la quasi totalità dei beni sanitari viene acquisita dall'Azienda dal magazzino centralizzato presso l'Interporto di Pordenone (99% del Budget per beni sanitari); nella stessa misura vengono acquisiti da Magazzino Unico tutti i beni non sanitari gestiti dal magazzino medesimo.

Non sono gestiti dal magazzino Unico i prodotti alimentari, i carburanti e combustibili, i gas tecnici, gli abbonamenti a riviste che sono pertanto acquisiti direttamente dall'Azienda in misura pari al 62% del Budget per beni non sanitari).

#### Fiscalità:

Il servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area Vasta ed è proseguito in tale modalità anche per il 2014. AOSMA ha conferito un incarico professionale di durata annuale per conto delle Aziende dell'Area vasta pordenonese con decreto del DG n. 8 del 13.01.2014.

#### Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta

1) Con determina n. 345 del 6/3/2013 era stato approvato l'elenco dei fornitori di beni e prestatori di servizi iscritti all'Albo fornitori e prestatori di servizi dell'area vasta pordenonese (301 imprese); con successive determinazioni mensili tale elenco è stato aggiornato di volta in volta con i nominativi dei nuovi iscritti (per complessivi 528 fornitori a fine 2014)

2) Vengono costantemente aggiornati i dati anagrafici delle imprese iscritte e i relativi i documenti amministrativi (DURC, visure camerali, antimafia) delle imprese iscritte e di quelle che, pur non avendo fatto istanza di iscrizione all'Albo, vengono anch'esse gestite nel data-base ai fini amministrativi e contabili avendo le stesse rapporti di fornitura/prestazioni con le aziende dell'area vasta pordenonese; (complessivamente 1721 imprese)

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>
--	--

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area vasta</b>	
Obiettivo aziendale: rafforzare la co-progettazione delle attività formative nelle aree di intervento individuate	Risultato atteso : evidenza delle attività co-progettate
<p>Monitoraggio al 31/12/2014</p> <p>Sono state organizzate le seguenti attività co-progettate con il Centro formazione dell'AOSMA e del IRCSS- CRO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internet e Sanità: strumenti di ricerca e criteri di selezione delle fonti. Repertori di linee guida (riconducibile all'area "banche dati biomediche")</li> <li>- La ricerca sul farmaco e prontuario farmaceutico di area vasta. Accesso alla banca dati terap e aggiornamenti sulla nuova versione (riconducibile all'area "banche dati biomediche")</li> <li>- Pubmed di base: strategie di interrogazione della banca dati e recupero del Full-Text dell'articolo (riconducibile all'area "banche dati biomediche")</li> <li>- Formazione al ruolo di tutor clinici per infermieri appartenenti all'équipe denominata "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti (riconducibile all'area "tutorship") in due edizioni;</li> <li>- La tutorship esperta nel modello "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti infermieri (riconducibile all'area "tutorship") in due edizioni;</li> <li>- Gestione delle lesioni cutanee e utilizzo della terapia a pressione negativa: indicazione di buona pratica ed esiti assistenziali (riconducibile all'area delle "sicurezza del paziente")</li> <li>- Ematologia per il Pediatra (riconducibile all'area dei "percorsi diagnostico assistenziali")</li> <li>- Il laboratorio e il pediatra (riconducibile all'area dei "percorsi diagnostico assistenziali")</li> <li>- La presa in carico domiciliare del paziente HIV sintomatico (riconducibile all'area delle "sicurezza del paziente")</li> <li>- Le cure palliative. Problematiche Clinico-Assistenziali e relazionali (riconducibile a percorsi diagnostici assistenziali concordati)</li> <li>- Il paziente diabetico in ospedale: alla ricerca di un profilo di curva condiviso (riconducibile a percorsi diagnostici assistenziali concordati)</li> <li>- I volti della violenza: strategie di riconoscimento e di gestione per operatori sanitari (riconducibile a aspetti relazionali/assistenziali in area di emergenza)</li> <li>- Generare comunità, abitare le istituzioni (riconducibile a Crisi economica, salute ed equità)</li> </ul> <p>Nel mese di novembre si è concordato con Centro formazione dell'AOSMA e del IRCSS- CRO la pubblicazione di un calendario di attività condiviso.</p> <p>Sono stati organizzati anche in tema di anticorruzione trasparenza 4 eventi formativi nel corso del mese di giugno che sono state replicate a settembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimento amministrativo e diritto d'accesso</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: - G2 Clinico >80% del totale dei referti
Monitoraggio al 31.12.2014 - Tutti i poliambulatori specialistici sono configurati per l'emissione di referti firmati digitalmente a partire da inizio anno. - E' stato inoltre reso disponibile ai referenti dei poliambulatori e ai capi distretto la possibilità di effettuare in maniera autonoma estrazione dei dati con produzione di report sull'utilizzo della firma digitale direttamente sul sistema G2Clinco; la comunicazione è stata inoltrata in data 26-02-2014 con relativo allegato manuale per eseguire le verifiche.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso: l'Azienda adempie a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera per il Servizio Diagnosi e Cura Psichiatrico	Risultato atteso: tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Monitoraggio al 31.12.2014 - L'Azienda adempie a tutti gli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS ed il MEF - È mantenuta la completezza della scheda di dimissione ospedaliera per il Servizio Diagnosi e Cura Psichiatrico (=>95%)	

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi	Risultato atteso: - Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso

sanitari	- Recepimento del regolamento ex art. 20.
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continua la raccolta del consenso e l'inserimento a sistema presso le strutture aziendali con comunicazioni di eventuali aggiornamenti rilasciati da Regione e INSIEL sulla procedura.</li> <li>- E' stata garantita la partecipazione del referente aziendale ai tavoli regionali</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE</b> <b>REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Attivazione entro la fine del 2014</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel corso del primo semestre sono state verificate le attività del SPDC e le attuali modalità di gestione delle richieste di prestazioni verso l'Azienda Ospedaliera SMA.</li> <li>- Nel secondo semestre in accordo con la Direzione Medica dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone, in quanto fornitore di prestazione, dopo la verifica puntuale delle prestazioni richiedibili e delle modalità di richiesta/protocolli, è stato concordato l'avvio del sistema Order Entry il giorno 10 dicembre 2014.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Monitoraggio al 31.12.2014	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eseguita l'analisi dei report trimestrali secondo le scadenze previste (gennaio, aprile e ottobre 2014) e trasmessi i dati alla DCSISPSF. Aggiornati i dati relativi all'ultimo monitoraggio (ottobre 2014) e resi disponibili alle Aziende di Area Vasta e al pubblico sul sito aziendale in data 23.12.2014.</li> <li>2. Verbalizzata in data 27.02.2014 una prima valutazione delle criticità derivabili dai tempi di attesa e dal piano di produzione simulato per il PAL 2014. Verbalizzata in data 11.12.2014 la riunione di area vasta: valutata la riduzione delle prestazioni programmate e l'applicazione diffusa dei nuovi criteri di priorità clinica a regime nei tempi previsti.</li> </ol>	

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R.26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso: Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ ).
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali	Risultato atteso: Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi.

sulle attività istituzionali e ALPI.	Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aggiornamento materiale informativo e garanzia dei diritti previsti dalla L.R. n.7/2009: in data 11.12.2014 nel gruppo tecnico si è concordato di procedere alla verifica degli obblighi di estensione dei diritti in ordine a direttive regionali non ancora emanate. La complessità della procedura di rimborso per le prestazioni che sfiorano i tempi massimi di attesa con i nuovi criteri di priorità clinica richiederà un approfondimento anche in ordine alle criticità condivise con le altre aree vaste regionali (non risultano estese ad altre prestazioni oltre a quanto previsto dalla DGR 2384/2010). Tutte le agende sono attive e i criteri inviati a tutti i prescrittori; concordato di rinviare alle successive direttive regionali l'eventuale estensione del diritto al rimborso in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa massimo certificato.</li> <li>2. Condotta normalmente il monitoraggio nazionale sull'attività ALPI; nessuna criticità.</li> <li>3. L'azienda ha partecipato a tutti i monitoraggi regionali e nazionali previsti e comunicato i dati alla DCSISPSF.</li> <li>4. Trasmessi formalmente tutti i criteri clinici adottati dalla Direzione Centrale Salute ed inviati ai Direttori dei Distretti ed ai Componenti UDMG con richiesta di massima diffusione per le seguenti branche specialistiche: Gastroenterologia (Prot.n°26227/AQ del 19 maggio 2014), Dermatologia ( Prot.n° 34534/AQ del 2 luglio 2014), ORL ( Prot.n° 37012/AQ del 15 luglio 2014), Oculistica (Prot. n° 39962/AQ del 30 luglio 2014). Tutte le attivazioni operative previste sono state attuate a partire dall'accordo con gli specialisti SUMAI del 15.10.2014 e concluse entro i termini previsti.</li> </ol>	

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali</b>		
Obiettivo aziendale: Attuazione del programma vaccinale, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso l'azione dei PLS e MMG in collaborazione con gli altri stakeholders	Risultato atteso: Coperture vaccinali come da tabella indicatori LEA Coperture vaccinali varicella copertura vaccinale su prima dose a 24 mesi: 50%.	
Monitoraggio al 31.12.2014		
	Risultato raggiunto al 31.12.2014	Risultato Atteso 2014
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente) COORTE 2012	93,7%	>=95%
Difterite-tetano	94%	>= 95%
Antipolio	93,7%	>= 95%
Antiepatite B	93,5%	>= 95%
Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	50,5%	>= 56%
1^MPR/MMRV Coorte 2012	87,1%	>= 90%
Varc a 24 mesi	72,8%	>= 50%
<p>Le coperture vaccinali (fonte Siasi) sono in leggero calo rispetto a quelle previste dagli indicatori Lea, in linea con i dati regionali, la copertura per la vaccinazione antivaricella risulta ben al di sopra del risultato atteso, infatti la prima dose a 24 mesi è del 72,8%.</p> <p>Il monitoraggio delle malattie neuroinvasive e delle febbri estive permane, come da indicazioni regionali sono state registrati n. 2 casi di Febbri Estive di Chikungunya, sono entrambi persone di origine italiana domiciliate a Santo Domingo per lavoro.</p> <p>Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano</p> <p>La vaccinazione antinfluenzale nell'anziano che ha raggiunto il 50,5%, dato regionale 48,1%, la bassa adesione alla vaccinazione è stata condizionata dalle presunte morti messe in relazione con la vaccinazione.</p> <p>Ai MMG e PLS sono stati messi a disposizione gli elenchi dei soggetti ad alto rischio in concomitanza della campagna di vaccinazione antiinfluenzale e antipneumococcica.</p>		
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>SI CONDIVIDONO LE ARGOMENTAZIONI A GIUSTIFICAZIONE DELLO SCOSTAMENTO, IN LINEA CON QUANTO GENERALMENTE RILEVATO SU BASE NAZIONALE OVVERO IL PEGGIORAMENTO COMPLESSIVO DEI DATI DI COPERTURA VACCINALE, COME RILEVATO ANCHE NEL RESTO DELLA REGIONE</b>	

Obiettivo aziendale: Mantenere la rilevazione attiva degli eventi avversi alle vaccinazioni	Risultato atteso: Report sugli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella
Monitoraggio al 31.12.2014 Si procede con la raccolta eventi avversi alla vaccinazione. Al 31.12.2014 sono state rilevate n. 26 sospette reazioni avverse a vaccinazioni; non sono state rilevate reazioni avverse alla <u>vaccinazione antivaricella (monovalente Virovax)</u> , è stata rilevata 1 reazione avversa dopo somministrazione di vaccino MMRV (vaccino tetravalente antimorbillo-parotite-rosolia-varicella).	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili "La prevenzione va a scuola"	Risultato atteso: Evidenza di iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi prima infanzia
Rendicontazione al 31.12.2014 Consegna degli opuscoli agli Istituti comprensivi (scuola primaria e secondaria di 1 grado) di: Travesio, Fiume Veneto, Prata di Pordenone, Chions, Casarsa della Delizia, Fontanafredda Casut, Consegna degli opuscoli agli Istituti comprensivi (scuola primaria e scuola dell'infanzia) di: Rorai Cappuccini, Maniago, Sacile, Valvasone/Arzene/S.Giorgio della Rich. (scuola per infanzia privata Giovanni XXIII°), Azzano Decimo, Torre, Porcia (compreso asilo nido), Roveredo in Piano, Aviano, Pordenone centro, Cordenons, Spilimbergo, Travesio (Sequals), Zoppola (scuola per l'infanzia Castions), S.Vito al Tagliamento, Caneva/Polcenigo, agli asili nido di Pordenone. Evidenza di presenza del documento sul sito aziendale. n. 4 incontri tematici con docenti, collaboratori scolastici e genitori.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione	Risultato atteso: Incremento delle segnalazioni di malattie infettive correlate al test da parte dei Dipartimenti Dipendenze ai Dipartimenti di Prevenzione (report)
Rendicontazione al 31.12.2014 L'U.O. territoriale di Torre garantisce l'effettuazione del prelievi HIV in modo gratuito e in anonimato (L.135 del 05/06/1990), nel 2014 sono stati eseguiti 83 prelievi in anonimato. Non vi è stata alcuna segnalazione anonima da parte del Dipartimento Dipendenze al Dipartimento di Prevenzione.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.2.2 Programmi di screening**

Obiettivo aziendale: Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso: Vedi tabella indicatori LEA
--	--

<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel 2014 è stata assicurata l'apertura regolare degli ambulatori per il pap test e la popolazione bersaglio del programma di screening è stata invitata nei tempi previsti.</li> <li>- Tutti i casi positivi sono stati contattati telefonicamente o con raccomandata per l'invio tempestivo al secondo livello.</li> <li>- Sono proseguite le iniziative già in atto per aumentare l'adesione consapevole, tra cui l'invio del sollecito per posta, la presenza della firma del MMG nella lettera di invito, la diffusione dei risultati dei programmi tramite articoli sulla stampa, incontri e report. Inoltre, per migliorare la partecipazione consapevole ai programmi, le assistenti sanitarie della segreteria screening hanno partecipato ad un corso di formazione specifico.</li> </ul> <p>Indicatori LEA:</p> <p>4.a=100%</p> <p>4.b=54,4%</p> <p>5 =65,8%</p> <p>6 =62,2%</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Organizzazione di un corso regionale in merito alle modalità di intervento ispettivo da parte del personale con qualifica di UPG</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>partecipazione alla presentazione di una proposta regionale condivisa tra tutti Direttori Dipartimento di Prevenzione per un unico corso formativo per tutto il personale UPG afferente ai Dip prevenzione che preveda anche il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con i fondi di cui all'art. 13 c. 6 D.Lgs 81/08.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>I Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione hanno regolarmente elaborato e condiviso una proposta (Programmi, contenuti e relatori) per un unico corso formativo a livello regionale per tutto il personale UPG afferente ai Dip prevenzione con il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con fondi di cui all'art. 13 c. 6 D.Lgs 81/08.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Iniziative di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione sul campo – anche interaziendale - del personale dei Dipartimento Prevenzione che effettuerà le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint (da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione, di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, a partire dalla selezione/identificazione delle macchine d'interesse, da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole, finalizzata a rendere omogenei gli interventi ispettivi su tutto il territorio regionale. La lista sarà resa disponibile ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento</li> <li>- Realizzazione di massimo 15 ispezioni in aziende agricole visitate nell'AV per macchine e fitosanitari</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione sul campo – anche interaziendale - del personale dei Dipartimento Prevenzione che effettuerà le visite ispettive: si è organizzato il corso e si è partecipato al percorso formativo;</li> <li>- Personale della struttura ha partecipato al corso di formazione sui fitosanitari</li> <li>- Definizione, di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL: è stata definita la lista di controllo "Il protocollo operativo" al fine di effettuare un controllo standardizzato sulle macchine agricole presenti in regione</li> <li>- Sono state effettuate 31 ispezioni aziende agricole di cui 15 con il SIAN per la verifica della sicurezza delle macchine identificate e dell'uso dei fitosanitari.</li> </ul>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p><b>Prevenzione nel comparto edile</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipare alla definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (proponendo anche indicazioni in merito alla semplificazione). La check list dovrà essere resa trasparente ai sensi art 25 L- 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento.</li> <li>- Partecipazione di tutti i SPSAL ad incontro regionale organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza da svolgersi anche direttamente nei cantieri con riferimento all'art. 10 D.Lgs. 81/08</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- È stata garantita la partecipazione al gruppo regionale edilizia per la definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL in merito alla tenuta della documentazione di cantiere. È stata realizzata la check list attraverso la quale poi verranno applicate le procedure</li> </ul>	

previste dall'art.25 della Legge 33/2013	
- E' stata garantita la partecipazione all'incontro regionale organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Progetti nazionali</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Potenziamento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL), denominati:</p> <p>1) INFORMO (infortuni gravi e mortali) 2) MALPROF</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1.Inserimento nel programma INFORMO dei casi trattati a partire da quelli rientranti nella casistica indicata nella nota esplicativa - e comunque almeno 60 - d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO coordinato dall'ASS 6 Friuli occidentale tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio di dati disponibili. 2)</p> <p>2.Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>INFORMO:</p> <p>- Sono stati inseriti nel programma INFORMO i 15 casi d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO e previsti per l'ASS6 .</p> <p>MALPROF</p> <p>- sono state inserite oltre il 90% delle Malattie professionali con le caratteristiche previste nel Programma MALPROF</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Amianto</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Rilancio attività ex esposti ad amianto</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>- Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.</p> <p>- Partecipare alla realizzazione del corso, organizzato dal CRUA per la formazione dei medici competenti relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche da realizzarsi</p>

	anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nei 5 casi pervenuti è stato raccolto il questionario ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi)</li> <li>- Il giorno 21 maggio 2014 a Monfalcone- Sala Auditorium – Ospedale San Polo, è stato realizzato il corso di formazione "Sorveglianza sanitaria esposti amianto: proposta di un protocollo regionale" al fine di uniformare l'azione dei medici competenti su tutto il territorio regionale nei riguardi della specifica categoria di lavoratori</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie professionali osteoarticolari</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori</p>	<p>Risultato atteso: <u>modificato All 5 DGR 1322/2014</u></p> <p><u>Organizzazione e realizzazione</u> di un corso regionale in collaborazione con l'INAIL con la partecipazione di tutti i SPSAL anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sono stati realizzati due corsi regionali</li> <li>- Sono stati realizzati alcuni incontri formativo/informativi rivolti a DDL, loro Consulenti tecnici, referenti Associazioni Datoriali, Sindacali, RLS dedicati al fenomeno emergente delle Malattie Professionali e tra queste si è trattato il tema delle patologie da rischi biomeccanici. E' stato realizzato un depliant informativo orientato a datori di lavoro, lavoratori, associazioni sindacali, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, medici, al fine di informare sull'iter della certificazione delle malattie professionali con particolare dettaglio sul ruolo di INAIL e Aziende Sanitarie in caso di riconoscimento del nesso causale con il lavoro</li> <li>- E' stato divulgato ai Medici di Medicina Generale, Medici Competenti, Medici Specialisti e a tutti gli iscritti agli Ordini dei Medici delle province della regione FVG, per il tramite del Bollettino on-line o cartaceo, una comunicazione dal titolo "I guasti del sistema certificativo in Medicina del lavoro" al fine di informare sui temi inerenti il miglioramento della qualità dell'attività certificativa.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Conoscenza del territorio e delle specificità</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Conoscenza delle specificità territoriali sulla cui base impostare progetti di prevenzione coordinati tra le diverse AA.SS.SS.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Produzione di un documento che a partire dai dati dei nuovi flussi informativi su aziende, dipendenti, infortuni e malattie professionali, individui specificità e criticità tali da poter pianificare degli interventi coordinati a livello interaziendale o regionale su specifici comparti e/o settori produttivi</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il gruppo di lavoro ha avviato un progetto di condivisione operativa relativamente alle</li> </ul>	

<p>segnalazioni di malattia professionale pervenute al fine di ottimizzare le risorse, unificare la documentazione. Al termine di tale percorso è stato redatto un documento operativo</p> <p>- L'ASS6 ha garantito la partecipazione ai lavori regionali per la produzione del documento che prevede specifiche procedure</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Il medico competente aziendale collaborerà alla predisposizione di un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Il medico competente aziendale ha partecipato agli incontri del coordinamento regionale: da gennaio a giugno sono stati organizzati 3 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.1, 2.04, 4.06.2014): è stato condiviso il modello di raccolta delle informazioni relative alle idoneità espresse dai medici competenti.</p> <p>Dopo opportune modifiche ed integrazioni il modello di raccolta, per la gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni, è stato approvato dal coordinamento in data 9.12.2014, e verrà messo in utilizzo nel 2015</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'allattamento al seno</li> <li>- diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della attuazione dei programmi di:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65 % dei vaccinati (rif. SIASI).</li> <li>2. Alimentazione nei servizi prima infanzia (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>3. Ristorazione collettiva nelle scuole primarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> <li>4. Distribuzione automatica nelle scuole secondarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</li> </ol>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>1. Permane, da parte del Dipartimento di Prevenzione, l'inserimento delle schede vaccinali del punto nascita del Policlinico San Giorgio e la rilevazione alla seconda vaccinazione per tutte le sedi</p>	

vaccinali.

Per l'anno 2014 la rilevazione alla dimissione presso i Punti nascita della nostra provincia è del 96,9% (fonte dato SISSR) e alla seconda vaccinazione del 63,8 % dei vaccinati (fonte dati SIASI):

periodo gennaio- dicembre 2014		
nati vivi	prima rilevazione punto nascita	%
2286	2215	96,9
periodo gennaio- dicembre 2014		
vaccinati seconda dose	schede rilevate	%
2481	1582	63,8

2. I 3 documenti sono inseriti e visibili sul sito aziendale sotto la voce SIAN. In merito alla diffusione e verifica dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali è stato prodotto un report finale, di cui si presenta una sintesi.

Le linee di indirizzo per l'alimentazione nei nidi d'infanzia sono state divulgate dall'Area Nutrizione del SIAN in tutti i nidi d'infanzia e nelle scuole materne con nido integrato del territorio e sono tuttora in vigore. Sono state diffuse ed applicate anche ai nidi familiari di nuova istituzione. Nel 2014 in particolare sono state trasmesse ai nidi "Ghirigoro " e "Aquilone" di Sacile e alle scuole dell'infanzia con nido integrato di Cavolano e Fiume Veneto. Il SIAN ha rivisto e aggiornato le tabelle dietetiche in funzione delle linee di indirizzo, a volte associando interventi formativi contestualizzati "in loco" nei confronti del personale di cucina ed educativo della singola struttura.

La verifica è stata effettuata su un campione di n. 24 strutture, attraverso le seguenti azioni:

- n. 15 interventi "in loco" per formare gli operatori delle strutture
- aggiornamento e successiva validazione di n. 57 tabelle dietetiche (stagionali e per fasce di età)
- n. 6 interventi formativi-informativi rivolti alle famiglie

3. Le linee guida regionali per la ristorazione scolastica sono state diffuse con note divulgative specifiche a tutti i Comuni e agli enti privati gestori del servizio di ristorazione nelle scuole primarie. Nel 2014 il SIAN ha messo in campo azioni diversificate finalizzate all'applicazione delle linee guida, che vanno dalla definizione e successiva validazione delle tabelle dietetiche, agli incontri con le Amministrazioni Comunali e le Commissioni mensa, agli interventi formativi rivolti alle famiglie, ai percorsi specifici per la gestione di situazioni particolari, alla consulenza ai Comuni per la stesura dei capitolati d'appalto.

La verifica è stata effettuata su un campione di 26 Comuni, attraverso le seguenti azioni:

- aggiornamento e successiva validazione di n. 85 tabelle dietetiche per le scuole primarie (comprese quelle stagionali e le diete speciali)
- n. 35 incontri con le Amministrazioni Comunali e le Commissioni mensa
- n. 15 interventi formativi-informativi rivolti alle famiglie (anche gestione di casi particolari).
- n.12 interventi di consulenza ai Comuni sui capitolati d'appalto e sul servizio di ristorazione scolastica.

4. Le linee di indirizzo sulla distribuzione automatica sono state diffuse, con note divulgative specifiche, a tutte le scuole sec. II° grado e a tutti gli Istituti Comprensivi, ai quali afferiscono le

scuole sec. I° grado. Sono stati attivati percorsi specifici per l'applicazione delle linee di indirizzo nelle scuole sec. di Caneva e di Polcenigo e nell'Istituto Vendramini di Pordenone, che ha coinvolto la Scuola, la Ditta di distribuzione automatica, i docenti e gli studenti.

Nel 2014 la verifica è stata effettuata nella scuola media di Polcenigo e nell'Istituto Vendramini di Pordenone, dove sono stati evidenziati riscontri favorevoli e positivi. In particolare nella scuola media di Polcenigo è stata riscontrata la presenza di oltre il 10% di prodotti "pausa salute"; mentre al Vendramini è stato raggiunto circa il 60% e sono state avviate iniziative di informazione e comunicazione (assemblea di istituto, sportello, etc.) da parte di studenti "peer educators" formati, nei confronti dei pari per promuovere il consumo di alimenti salutari.

La diffusione e l'applicazione delle Linee Guida regionali non è però un'attività che si esaurisce nell'arco di un anno, ma va sostenuta nel tempo e necessita di azioni di rinforzo per superare le eventuali criticità che possono insorgere

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Obiettivo aziendale Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura	Risultato atteso: Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti e degli stakeholders coinvolti
--	---

Monitoraggio al 31.12.2014

- L'8 aprile 2014 è stato realizzato un incontro di sensibilizzazione all'Università di Formazione Continua di Spilimbergo sulla prevenzione incidenti ed educazione al rischio.
- In data 24 novembre 2014 è stato realizzato l'evento formativo ["La mobilità sostenibile a supporto della prevenzione degli incidenti stradali"](#) presso il Centro regionale Luoghi per la salute di Sacile rivolto ai dipendenti dell'ASS6 "Friuli Occidentale".
- Nell'ambito dei progetti per la promozione dell'attività motoria rivolti alla fascia giovanile e all'età adulta ("Merenda Sana e Movimento: un'associazione vincente" e "Gruppi di Cammino") sono proseguite le attività di sensibilizzazione e coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali per la realizzazione di piste pedonali e ciclabili per l'avvio delle attività di pedibus/bici bus e gruppi di cammino.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività formative sulla prevenzione incidenti domestici orientate al target anziani e bambini	Risultato atteso: Evidenza delle azioni informative/formative svolte e degli stakeholders coinvolti
---	--

Monitoraggio al 31.12.2014

- Nell'ambito del progetto per la prevenzione degli incidenti domestici in collaborazione con l'ambito 6.4 e il distretto Nord, sono continuati gli incontri del gruppo di lavoro e le attività correlate.
- È proseguita la collaborazione al tavolo PdZ dell'ambito distrettuale
- L'8 aprile 2014 è stato realizzato un incontro di sensibilizzazione all'Università di Formazione Continua di Spilimbergo sulla prevenzione incidenti ed educazione al rischio.
- In data 15 e 16 ottobre 2014 a Maniago è stato realizzato l'evento formativo "Sicuri in casa nella terza età" rivolto ai dipendenti del Distretto Nord (infermieri dell'ADI ) e personale delle

<p>Cooperative Acli, Itaca.</p> <p>- Nell'ambito dei progetti per la promozione dell'attività motoria rivolti alla fascia giovanile e all'età adulta ("Merenda Sana e Movimento: un'associazione vincente" e "Gruppi di Cammino") sono proseguite le attività di coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali per la realizzazione di piste pedonali e ciclabili per l'avvio delle attività di pedibus/bicibus e gruppi di cammino.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute</p> <p>1 Contrasto all'abuso di alcol:</p> <p>2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo</p> <p>3 Promozione dell'attività motoria</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1 Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati</p> <p>2. Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione) Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi)</p> <p>3 Azioni a sostegno di pedibus o iniziative analoghe</p>
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Invecchiamento attivo: Realizzazione di attività/progetti in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'intergenerazionalità</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'effettuazione di interventi</p>
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>1) Gli operatori del Dip. Dipendenze hanno svolto nel territorio una serie di attività di sensibilizzazione in accordo con il PARD. Le attività sono inserite in quelle relative alla Promozione alla Salute che hanno riguardato stili di vita e meno la specificità della sostanza, in quanto i giovani oggi si avvicinano a più sostanze in contemporanea. Le azioni specifiche si sono espletate sia attraverso 3 progetti portati avanti per tutto l'anno (In viaggio per crescere. Empowerment della Salute Mentale in ambito scolastico ; Legati ma liberi ...Passo dopo Passo; Il mondo da... noi. Le ricette e le bevande analcoliche per star bene ), sia attraverso interventi territoriali con insegnanti, associazioni, gruppi sportivi e popolazione in generale (circa 20 in tutto l'anno).</p> <p>2) L'equipe che si occupa di disassuefazione da fumo di sigarette procede la propria attività regolarmente nel 2013 sono stati presi in carico 44 soggetti, nel 2014 ne sono stati presi in carico 53.</p> <p>L'ambulatorio è accessibile con il seguente orario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mercoledì a settimane alterne dalle ore 8.30 alle ore 12.00 aperto al pubblico</li> <li>- nei mercoledì restanti solo su appuntamento</li> </ul> <p>L'offerta terapeutica si avvale anche di gruppi educativo-comportamentali, in collaborazione con l'associazione AIR (Associazione soggetti con Insufficienza respiratoria).</p>	

1 e 2) Progetto europeo per la prevenzione all'uso/abuso di sostanze ed il rinforzo delle life skills "Unplugged": Il 4.06.2014 è stato realizzato l'incontro di monitoraggio e valutazione per l'anno scolastico in corso con gli insegnanti che hanno applicato il progetto nella scuola; a settembre 2014 sono stati formati altri 23 insegnanti di scuola secondaria; nell'anno 2014 presso il centro formativo regionale di didattica multimediale "Luoghi per la Salute", hanno partecipato ai percorsi laboratoriali "Benessere psicofisico 481 studenti e al percorso laboratoriale "Le vie del fumo" 650 studenti.

3) nell'anno scolastico 2013/14: nell'ambito del progetto aziendale "Merenda sana e movimento" sono stati effettuati incontri di sensibilizzazione/promozione/implementazione dell'attività di pedibus nei comuni di Sacile, Montereale Valcellina, Casarsa della Delizia, Cordenons, Pordenone e con la scuola paritaria "Vendramini" di Pordenone. Il comune di Cordenons ha avviato nel mese di marzo 1 linea di pedibus con 30 bambini, Casarsa e Montereale hanno implementato l'attività. Al 31 dicembre 2014 sono ca 1150 i bambini/ragazzi che partecipano ad attività di pedibus e/o bici bus in provincia di Pordenone.

4) il Dipartimento di Prevenzione ha coordinato il gruppo di lavoro e realizzato la formazione dei conduttori di gruppi di cammino nel Comune di Azzano Decimo (mese di maggio) . Nel mese di giugno si sono attivati 10 gruppi di cammino nello stesso comune.

Nel mese di agosto è stata realizzata a Budoia la formazione dei conduttori dei gruppi di cammino per i territori di Aviano, Budoia, Fontanafredda, Polcenigo, e Roveredo in Piano.

E' stato fornito supporto anche ai gruppi di cammino avviati nei comuni di Maniago, Montereale Valcellina e Cordenons.

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Sezione aggiornata con materiale delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimenti di salute Mentale, Consultori, Neuropsichiatria Infantile, ecc..) pertinente i temi trattati dal portale <a href="http://www.giovani.fvg.it">www.giovani.fvg.it</a></p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Il referente aziendale al tavolo tecnico regionale per la promozione alla salute, nell'ambito degli incontri regionali ha condiviso con l'area Welfare e la DCS lo strumento di monitoraggio delle attività di promozione della salute. Su indicazioni della DS ASS6 ha inoltre informato del monitoraggio tutti i direttori di struttura complessa dell'azienda invitandoli a inviare i progetti. Il materiale inviato è stato pubblicato sul sito in questione.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

#### Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione</p>	<p>Risultato atteso: <u>(modificato All 5 DGR 1322/2014)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno sui 4 temi di guadagnare salute (con diffusione dei risultati in azienda)</li> <li>- Effettuazione delle rilevazioni OKkio e HBSC <u>e</u></li> </ul>
--	---

<u>Obesità in gravidanza</u> come da indicazioni regionali	
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>PASSI: nel corso del 2014 sono state effettuate 396 interviste PASSI; è stato prodotto il report aziendale 2009-2012 relativo ai 4 temi di Guadagnare Salute e scaricabile dal sito aziendale. Il Report è stato inviato ai Responsabili dei Servizi Aziendali delle aree di interesse e i dati diffusi su quotidiani locali. Sono stati comunicati i dati relativi agli incidenti domestici e stradali in due corsi di formazione (26 novembre: "La mobilità sostenibile a supporto della prevenzione degli incidenti stradali" e 15-16 ottobre: "Sicuri in casa nella terza età"), organizzati dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASS6, rivolti agli operatori.</p> <p>OKkio alla Salute: nel corso del 2014 si è realizzata la 4° edizione della sorveglianza "OKkio alla Salute"; la formazione dei 9 operatori del Dip. di Prevenzione coinvolti si è svolta il 11 e 18 febbraio 2014. Le rilevazioni sono state effettuate in 16 scuole (18 classi) per un totale di 385 bambini.</p> <p>HBSC: nel corso del 2014 si è svolta la sorveglianza internazionale HBSC; la formazione degli 11 operatori sanitari del Dip. di Prevenzione è avvenuta il 18 e 20 marzo. Le rilevazioni sono state effettuate in 29 scuole secondarie di 1° e 2° grado su 47 classi per un totale di 1025 studenti.</p> <p>I risultati regionali e nazionali di OKkio alla Salute e di HBSC non sono ancora disponibili.</p> <p>Obesità in Gravidanza: Sono stati raccolti i dati relativi alle rilevazioni effettuate dall'AIED di Pordenone e inviati al referente regionale. I referenti aziendali hanno partecipato all'incontro regionale dell'11.11 a Udine e, conseguentemente, hanno incontrato la direzione sanitaria della Casa di Cura S.Giorgio di Pordenone e organizzato un incontro formativo con le ostetriche e la caposala dell'ostetricia.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA REPORT PASSI 2010-2013</b>
<b>Conoscere per innovare</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>L'Azienda partecipa alle iniziative della DCS relative alla costruzione di un indice di iniziative e programmi dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Non sono pervenute richieste dalla DCS in merito a iniziative collegate al risultato atteso.</p> <p>La Direzione sanitaria aziendale ha costituito un gruppo multi-disciplinare e multi-professionale di Coordinamento delle Attività di promozione della Salute (CAPS) con l'intento di meglio integrare e coordinare le numerose iniziative/progetti di promozione alla salute effettuati in Azienda. Il gruppo, che si riunisce con cadenza mensile, ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prodotto e diffuso una scheda condivisa di rilevazione dei progetti,</li> <li>- effettuato un censimento (pubblicato sull'intranet aziendale) dei progetti attivati,</li> <li>- proposto alla direzione strategica criteri di priorità per interventi futuri,</li> <li>- elaborato un piano di formazione specifico per il 2015,</li> <li>- coinvolto le associazioni di malati/volontariato che nell'ambito dei rapporti convenzionali</li> </ul>	

esistenti con l'Azienda gestiscono programmi di informazione/promozione della salute.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b>	
---	--

Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Risultato atteso: Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva.
---	---

Monitoraggio al 31.12.2014

- E' stato elaborato ed effettuato il piano di controllo regionale sulle strutture residenziali per anziani; azioni effettuate: acquisizione check list regionale, programmazione e cronoprogramma interventi , effettuazione n° 10 sopralluoghi nutrizionali e di sicurezza igienica (100% del piano regionale)
- E' stato elaborato ed effettuato il piano operativo aziendale dei prodotti ittici nella ristorazione collettiva che ha permesso il controllo congiunto del personale SIAN e veterinario nelle mense scolastiche ed ospedaliere della provincia di Pordenone.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Obiettivo aziendale: Monitoraggio della applicazione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione dell'autocontrollo.	Risultato atteso: - N. 10 interventi di controllo programmati per il 2014 da parte dei Servizi Veterinari e SIAN. - Stesura di un report finale aziendale da parte dei Servizi Veterinari e SIAN - Partecipazione al tavolo regionale per condividere la stesura di un documento finale di analisi
--	---

Monitoraggio al 31.12.2014

- Sono stati effettuati n. 5 interventi di controllo programmati su 10 previsti in quanto le ditte soggette al controllo non disponevano della procedura conclusiva prevista dal piano.
- Il 31 dicembre 2014, con un report, finale si è provveduto a descrivere l'attività prevista e l'attività svolta.
- In data 04/12/2014 si è riunito il tavolo regionale che ha condiviso le modalità di stesura del report condividendo le difficoltà emerse durante l'anno.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

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 ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto	Risultato atteso: Evidenza dell'attuazione del piano dei controlli 2014 I valori segnalati di seguito possono variare in base al piano dei controlli 2014 non ancora emanato Servizio Veterinario - n. 418 interventi ispettivi programmati
---	--

almeno il tasso di copertura 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 24 audit programmati</li> <li>- n. campionamenti di alimenti programmati 98% di quanto previsto dai piani</li> <li>- n. 53 valutazioni del rischio programmati SIAN</li> <li>- n. 390 .interventi ispettivi programmati</li> <li>- n 6 audit programmati</li> <li>- campionamenti di alimenti programmati 98%</li> <li>- n. valutazioni del rischio programmati : 40% delle ispezioni</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p><u>Servizio veterinario igiene degli alimenti di origine animale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I 418 interventi ispettivi programmati sono stati effettuati</li> <li>- I 24 audit programmati sono stati effettuati</li> <li>- Il 100% dei campioni previsti dal piano regionale sono stati regolarmente eseguiti.</li> <li>- Le 53 valutazioni del rischio programmate sono state effettuate.</li> </ul> <p><u>Servizio Igiene Alimenti Nutrizione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I 390 interventi ispettivi programmati sono stati effettuati</li> <li>- I 6 audit programmati sono stati effettuati</li> <li>- Il 100% dei campioni previsti dal piano regionale sono stati regolarmente eseguiti.</li> <li>- Rispetto alle 646 ispezioni eseguito durante tutto il 2014 si è provveduto ad eseguire sul 40% delle stesse le valutazioni del rischio pari a 258 aziende.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuazione del terzo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Stesura di una relazione finale di verifica su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- miele</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>E' stata predisposta la relazione finale</p> <p>Sono stati realizzati 8 corsi di formazione e sono stati tenuti 6 incontri di informazione.</p> <p>Il manuale di autocontrollo è in fase di verifica.</p> <p>Sono stati effettuati 202 sopralluoghi e sono stati prelevati 330 campioni per le carni suine ed avicunicole</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione degli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. Formazione dei TdP ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive (formazione, eventualmente anche con corso interaziendale, da</p>

	<p>realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08).</p> <p>2. Visite ispettive nel 30% delle rivendite presenti nel territorio aziendale secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013).</p> <p>3. Realizzazione di massimo 15 ispezioni in aziende agricole visitate nell'AV per macchine e fitosanitari (vedi Linea Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo)</p> <p>4. Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute, secondo le indicazioni ministeriali</p>
<p>Monitoraggio al 31/12/2014</p> <p>1. Durante il mese di maggio e giugno i TdP hanno frequentato regolarmente il corso organizzato dalla Regione FVG nella sede di Gorizia (corso accreditato ECM).</p> <p>2. Il 30% delle rivendite attive presenti nel territorio provinciale, pari a 15 punti vendita secondo disposizioni regionali, sono state regolarmente ispezionate.</p> <p>3. Sono state effettuate le 15 ispezioni previste in aziende agricole, realizzate in collaborazione tra SIAN e SPSAL per la verifica della sicurezza delle macchine identificate e dell'uso dei fitosanitari.</p> <p>4. Il report contenente i dati delle visite è stato regolarmente trasmesso alla Direzione Centrale salute, secondo le indicazioni ministeriali e regionali</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	<p>Risultato atteso (<u>modificato All 5 DGR 1322/2014</u>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità</li> <li>- Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky</li> <li>- Eseguire i controlli previsti dal Piano Regionale</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sono stati individuati n. 72 allevamenti della coorte da sottoporre a controllo per Malattia di Aujeszky. Tutti gli allevamenti sono stati controllati.</li> <li>- È stata mantenuta l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli.</li> <li>- Sono stati eseguiti tutti i controlli sierologici previsti a livello di macello dal Piano Regionale.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	n. 120 interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2014

Monitoraggio al 31.12.2014	
<p>Sulla base dei parametri indicati dal Piano Nazionale Benessere Animale e dal PQSA regionale dovevano essere controllati 1 allevamento vitelli a carne bianca, 12 allevamenti suini, 5 allevamenti di broiler, 44 allevamenti di bovini, 4 di tacchini e altri avicoli, 5 di conigli, 10 di ovicapri, 1 di bufali, 9 di equini, 6 trotiere, 4 allevamenti di galline ovaiole.</p> <p>Sono stati controllati 1 allevamento vitelli a carne bianca, 18 allevamenti di suini, 8 di broiler, 46 di bovini, 5 di tacchini e altri avicoli, 7 di conigli, 13 di ovicapri, 1 di bufali, 10 di equini, 15 trotiere, 4 di galline ovaiole, pari al 106% dei controlli previsti.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b>	
<b>Ambiente e salute</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Applicazione della procedura di Valutazione di Impatto sulla Salute</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza del coinvolgimento dell'ARPA e degli "informatori chiave" quali Comune, Provincia, etc. per l'individuazione degli elementi utili all'espressione del parere su insediamenti, progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute (anche prodotti per area vasta).</p>
<p>Monitoraggio al 31/12/2014</p> <p>Durante il 2014 è stato applicato il protocollo di VIS Rapida in tre diverse situazioni.</p> <p>Il primo caso è relativo ad un Piano Attuativo Comunale per la progettazione di un allevamento industriale di galline riproduttrici per la produzione di uova da cova in comune di Spilimbergo.</p> <p>Il secondo caso riguarda sempre un Piano Attuativo Comunale per l'ampliamento di una zona industriale in comune di Porcia.</p> <p>L'ultimo caso è relativo al rilascio di un'Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA) per un impianto di compostaggio e la produzione di energia elettrica in comune di Maniago.</p> <p>In tutti e tre i casi vi è stato il coinvolgimento di diversi informatori chiave primo fra tutti l'ARPA con la quale si è condivisa anche la stesura del report finale prevista dal protocollo VIS Rapida. È stato predisposto il coinvolgimento del Comune (sindaco, assessori competenti, tecnici comunali), degli Enti coinvolti nel procedimento (Provincia, Regione) e dei cittadini interessati dai futuri impatti derivanti dall'attivazione dei progetti proposti.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prevenzione cardiovascolare</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>L'Azienda sanitaria monitora la corretta applicazione del progetto di prevenzione cardiovascolare contenuto nell'AIR, per i MMG che hanno aderito volontariamente.</p>
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Formare i professionisti	L'Azienda informerà e renderà disponibili i

	professionisti coinvolgibili alle iniziative (formazione a distanza) realizzate dalla DCS in collaborazione con il Centro di prevenzione cardiovascolare dell'ASS4 Medio Friuli
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Monitoraggio al 31.12.2014 L'azienda ha inoltrato la documentazione cartacea pervenuta alla DCS per l'analisi dei dati come previsto dall'AIR 1644/2012 per l'anno 2014. Si precisa inoltre che rispetto ai 61 MMG che avevano aderito alla progettualità, 41 hanno consegnato le schede cartacee all'Azienda.	
<b>REACH</b>	
Obiettivo aziendale Applicazione del regolamento REACH in ambito locale	Risultato atteso: L'ASS6 nell'ambito del progetto europeo REACH-EN-FORCE 2 del forum dell'Agenzia Europea ECHA eseguirà almeno una ispezione nell' AV pordenonese
Monitoraggio al 31.12.2014 E' stato eseguito un sopralluogo ispettivo nell'AV pordenonese	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b>	
Obiettivo aziendale Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Risultato atteso: In seguito alle indicazioni regionali l'Azienda collaborerà con le proprie strutture alla definizione di protocolli congiunti
Monitoraggio al 31.12.2014 - L'Osservatorio suicidio e parasuicidio del DSM ha prodotto in collaborazione con AOSMA un protocollo di "Prevenzione del rischio suicidario in Ospedale" che è stato sottoscritto dalle rispettive Direzioni Sanitarie ed è stato reso operativo. Il protocollo è stato inoltre illustrato pubblicamente nel corso del Convegno "Il tentato suicidio: clinica, protocolli d'intervento e prevenzione" tenutosi il 23 ottobre 2014 a Pordenone - L'Osservatorio, nella seconda parte del 2014, ha tenuto degli incontri con gli operatori della NPI e il Consultorio Familiare che hanno permesso di iniziare un lavoro congiunto sul riconoscimento precoce di casi di adolescenti a rischio. Nel 2015 è previsto che un pool di operatori della NPI e del Consultorio Familiare partecipi alle attività dell'osservatorio e alla programmazione delle attività mirate all'area degli adolescenti.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (1 ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> <li>- relativamente alla residenzialità/domiciliarità dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati.</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti</li> </ol>

	massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO (4/7)</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)	<p>Risultato atteso (<u>modificato All5 DGR 1322/2014</u>)</p> <p>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</p> <p>2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</p> <p>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali(diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%; obiettivo subordinato all'attivazione del sistema PSM con abilitazione alla visione delle prescrizioni effettuate da centri prescrittori_delle altre Aziende</p> <p>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale</p>
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO (NON APPLICABILE)</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO STRALCIATO (NON APPLICABILE)</b>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p><u>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale:</u></p> <p>1. Effettuato un primo monitoraggio trimestrale degli indicatori AIFA (invio il 3 luglio 2014). Collaborazione all'evento formativo per la medicina generale, organizzato insieme all'ordine dei</p>	

medici, sulla tematica dei farmaci a brevetto scaduto svoltosi il 27-03-2014. Effettuati nel secondo semestre i monitoraggi relativi secondo e terzo trimestre 2014. A gennaio è stata inviata la rendicontazione dell'intero anno.

2. Dal controllo sulle prescrizioni in DPC risulta che nel 2014 la % di epoetina biosimilare erogata (consumi) è passata dal 4% nel 1° trimestre al 10% nel 4° trimestre e per quanto riguarda il filgrastim è passata dal 77% all'80%. Per quanto riguarda i consumi del primo ciclo erogato dall'Azienda Ospedaliera di Pordenone la % di epoetina biosimilare erogata è passata dal 28% nel 1° trimestre al 44% nel 3° trimestre e per quanto riguarda il filgrastim è passata dal 83% all'95% (dati disponibili fino al 3° trimestre 2014).

3. E' mantenuta la distribuzione diretta all'ADI e alle strutture residenziali.

4. Sono stati adottati i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati per i medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale.

5. Le schede medico sono state distribuite nel distretto ovest nell'incontro con gli MMG del 19 giugno 2014, negli altri distretti le schede sono state distribuite nei mesi di settembre e ottobre 2014.

6. E' stata incrementata la distribuzione diretta dei prodotti previsti dall'AFIR (esclusi prodotti per celiaci e diabetici).

7. Collaborazione all'evento formativo per la medicina generale, organizzato insieme all'ordine dei medici, focalizzato sulla problematica della politerapia nell'anziano e sulla riconciliazione terapeutica svoltosi il 27-03-2014. Attuazione nei mesi di settembre e ottobre di incontri formativi con i MMG in tutti i distretti sull'appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano focalizzati in particolare al tema della riconciliazione terapeutica nei pazienti politrattati.

Contenimento della spesa ospedaliera:

2. I nuovi farmaci inseriti in PTAV hanno indicazioni terapeutiche molto restrittive, in occasione delle surroghe di alcuni membri della commissione saranno ridefiniti i compiti della segreteria scientifica e del gruppo ristretto per fornire alla commissione dati sul budget impact per definire eventuali limitazioni d'uso.

4. Nel mese di ottobre sono state testate le modifiche del sistema PSM per la distribuzione diretta, presso la Farmacia di AOSMA, dei medicinali prescritti da centri extra area vasta e dal mese di novembre è iniziata l'erogazione ai distretti.

5. L'azienda non ha fornito medicinali ad assistiti di altre province.

<b>Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR</li> </ul>

	<p>(dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</li> <li>- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</li> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> <li>- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborati e trasmessi gli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico (in data 20.03.2014 per il 2° semestre 2013 e in data 11.09.2014 per il 1° semestre 2014).</li> <li>2. Non avviato il programma in oggetto.</li> <li>3. Proseguimento del programma aziendale sulla gestione del rischio nella gestione dei farmaci: nel primo semestre sono stati aggiornati i seguenti protocolli e procedure: Polifarmacoterapia (conclusione dello studio AIFA), formazione specifica e predisposizione bozza delle procedure per la prescrizione del farmaco e preparazione, somministrazione e monitoraggio del farmaco per le strutture residenziali convenzionate.</li> <li>4. Aderito formalmente con Nota DS 24/02/2014 allo studio osservazionale condotto nelle RSA</li> </ol>	

"Polifarmacoterapia nel paziente fragile anziano in ambito ospedaliero e sul territorio: studio di prevalenza del fenomeno nella Regione Friuli Venezia Giulia". Nel secondo semestre è stato coordinato il gruppo tecnico regionale che ha elaborato (inviato alla DCSISPSF in data 07.10.2014) il documento di proposta "Linee Guida Regionali per il Controllo del Rischio nella Gestione dei farmaci presso le Strutture Territoriali" che è stato presentato al 9°Forum Risk Management in Sanità ad Arezzo il 28 Novembre 2014.

5. Adottati i protocolli per le abbreviazioni da non usare, predisposto il bundle per la gestione dei CVC, predisposto il Bundle per la gestione del catetere urinario, implementato il protocollo dell'igiene delle mani per l'area sanitaria del carcere. Aderito al programma regionale per la sorveglianza delle LDD; aderito al programma del controllo delle cadute; Partecipato alle riunioni dei gruppi tecnici regionali.

6. Non è stato previsto per il secondo semestre.

7. Elaborato e pubblicata la procedura di governo del rischio di violenza su operatore. Il protocollo è stato presentato al 9°Forum Risk Management in Sanità ad Arezzo il 28 Novembre 2014.

8. Ridefinito il sito aziendale e i contenuti di competenza: elaborato e pubblicato il documento di analisi epidemiologica ( Profilo di salute della provincia di Pordenone).

9. Iscrizione in oggetto effettuata per tutti i gruppi attivati.

10. Non avviato nessun piano regionale di formazione.

11. Effettuata la formazione locale ed avviati i gruppi di lavoro per tutte le strutture sugli indicatori di esito. Condotta la FSC per le singole articolazioni aziendali e pubblicate le schede degli indicatori.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

**Linea 1.3.3.3 Accreditamento**

<p>Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso: Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche: autovalutazione dei requisiti della rete per l'assistenza ai pazienti con ictus, della rete trapianti, gravi insufficienze d'organo e della rete delle cure palliative e redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento  Nuovo risultato (<u>modificato All DGR 2666/2014</u>) - Prosecuzione del programma di accreditamento - Redazione aggiornamento dei piani di adeguamento</p>
--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

1. Messa a disposizione dei professionisti valutatori formati ed esperti delle diverse branche specialistiche per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie private: Dott. Paolo Andrian (ASS3-Med Sport 18.06.2014) (ASS2-Med Sport 11.03.2014) (Friuli Coram 11.02.2014) (Hospice Pineta del Carso-Duino 18.02.2014); Dott. Giorgio Sirotti (R.S.A. LA QUIETE Udine,

<p>11.02.2014) (RSA OPERA PIA COJANIZ di Tarcento 25.02.2014).</p> <p>2. Nessuna autovalutazione prevista dalla regione. Effettuata per obiettivi aziendali una autovalutazione ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento degli ambulatori di riabilitazione del Distretto Sud. La valutazione è stata trasmessa al Direttore Sanitario con nota Prot.n° 66928/DS del 22 dicembre 2015.</p> <p>3. Nessun aggiornamento previsto</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e del regolamento di attuazione adottato in Area Vasta;</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento;</li> <li>- Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica;</li> <li>- Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare;</li> <li>- Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP;</li> <li>- Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012</li> </ul>
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate;</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> <li>- Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate.</li> </ul>
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<p><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>SONO STATE TRASMESSE LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) CHE DOVEVANO ESSERE IMPLEMENTATE NEL 2014</b></p>

Monitoraggio al 31.12.2014

- Sono proseguiti il monitoraggio dell' applicazione del regolamento di Area Vasta e l'aggiornamento dell'elenco dei prescrittori. Si è inoltre provveduto a concordare con gli Uffici Assistenza Protesica distrettuali regole comuni per il rimborso dei dispositivi in applicazione alle modalità introdotte con l'aggiornamento del Registro regionale dei Fornitori.
- Tutti i dispositivi di proprietà aziendale, affidati in gestione esternalizzata, sono soggetti a sanificazione e ricondizionamento all' uso da parte della ditta aggiudicataria.
- Sono in esecuzione le gare per l'acquisto dei nuovi dispositivi ricompresi nell' elenco regionale denominato PRAP.
- Non risultano emanate da parte della DCSISSPS le procedure operative per l'applicazione delle linee guida sui singoli dispositivi protesici. D'intesa con i Distretti la direzione aziendale ha costituito un gruppo tecnico dedicato all' assistenza protesica per valutare, anche con attività di benchmarking, l'adozione di linee guida su specifiche categorie di dispositivi personalizzati ( es. plantari e calzature)
- Le azioni di monitoraggio e responsabilizzazione delle attività dei "grandi prescrittori" riferite ai dispositivi personalizzati, messe in atto dalla direzione aziendale, hanno consentito un contenimento di circa il 12 % rispetto alla spesa complessiva dell' anno precedente.

#### Linea 1.3.3.5 Cure palliative

Obiettivo aziendale:

Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .

Risultato atteso:

- L'Azienda partecipa alla definizione del percorso di accreditamento della rete delle cure palliative;

- L'Azienda garantisce la partecipazione ai tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.

Nuovo risultato (modificato All DGR 2666/2014)

- L'Azienda garantisce la partecipazione ai tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.

Monitoraggio al 31.12.2014

- Con decreto DG n° 381 del 26/11/2014 è stata formalizzata l'organizzazione di Hospice e rete di cure palliative nel territorio provinciale: si è provveduto alla riorganizzazione degli Hospice e della rete delle cure palliative garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.
- Negli ultimi mesi del 2014 I servizi aziendali hanno iniziato a garantire una presenza sulle H12 per 7 gg con utilizzo delle figure infermieristiche del servizio di assistenza domiciliare: nei fine settimana è garantita la rintracciabilità telefonica per la rete delle cure palliative. Tale organizzazione verrà consolidata nel corso del 2015

- E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici regionali alle 3 convocazioni pervenute	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>
Obiettivo aziendale: Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero .	Risultato atteso: - Utilizzo degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale-territorio; - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione di idoneità alla donazione di cornea dei pazienti ricoverati in Hospice e nelle RSA
Monitoraggio al 31.12.2014 Nel corso del 2014 si è mantenuto il monitoraggio dei pazienti dai 4 ai 72 anni per evidenziare la numerosità dei soggetti ricoverati in Hospice per il trapianto di cornee.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
AV. Pordenonese Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto	Risultati attesi AV. Pordenonese per le neoplasie della colon retto 1. Entro il 30/06/2014 sviluppa un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente). 2. Entro 31/12/2014 adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale 3. Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperà ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste
Monitoraggio al 31.12.2014 1. Concluso il documento metodologico per la costruzione del PDTA di Area Vasta delle neoplasie del colon retto, con l'analisi dei costi e degli indicatori richiesti. Inviato alla DCS con lettera del DG Prot. n° 34189/DG del 30/6/2014. 2. Era prevista l'adozione del documento completo nel 2° semestre dell'anno, dopo	

l'integrazione con la componente clinica e gestionale; variazioni organizzative e di organico intercorse, non hanno permesso la conclusione del percorso.

3. La conferenza di consenso regionale per la condivisione delle esperienze di Area Vasta non è stata organizzata dal livello regionale.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.3.9 Percorso nascita**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>LASS6 per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collabora al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012</p>	<p>Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio – Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).</li> <li>- Attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari, qualora i livelli di sicurezza previsti dai provvedimenti nazionali e regionali non possano essere garantiti</li> </ul>
---	--

Monitoraggio al 31.12.2014

- L'Azienda ha partecipato al Comitato Regionale per il Percorso Nascita contribuendo all'esame dei percorsi assistenziali in atto nelle Strutture Regionali.
- E' stata condivisa la realizzazione dell'Agenda della gravidanza e i provvedimenti ritenuti necessari.
- In particolare è stata predisposta l'analisi dell'attività del Punto Nascita della struttura privata accreditata (CdC S.Giorgio) che insiste nel territorio della ASS6 e quella dei Consultori Familiari Aziendali.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.3.11 Diabete**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla <u>definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali</u> finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e</p>	<p>Risultato atteso <u>modificato All 5 DGR 1322/2014</u>)</p> <p>Una volta definiti i percorsi, l'Azienda dovrà garantirne la pronta attuazione.</p> <p>L'ass6 fornirà la collaborazione necessaria ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale, per la definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati.</p>
--	---

<p>successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> <li>- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>ASS6 ribadisce la disponibilità di partecipazione ai gruppi di lavoro dei quali, al momento, non sono giunte convocazioni.</p> <p>Nel corso del 2014 è stata attivata una formazione congiunta con AOSMA per i percorsi di presa in carico in particolare nel Distretto Nord.</p> <p>E' stata rinnovata la convenzione con l'Associazione delle famiglie diabetici con la quale sono state attivate alcune iniziative (gruppi di cammino, ballo collettivo, serate sulla dieta, ecc.)</p>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>Linea 1.3.3.12 Sanità penitenziaria</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Successivamente all'Accordo tra la DCS e il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria del Triveneto, da realizzare entro primo quadrimestre del 2014 per allineare le attività di rispettiva competenza e subordinatamente all'effettiva assegnazione alla Regione FVG, da parte dell'Amministrazione statale, delle risorse finanziarie, l'ASS6 provvederà al:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasferimento dei rapporti di lavoro</li> <li>2. Trasferimento delle attrezzature, degli arredi, beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia. così come elencati da apposito inventario trasmesso dalla Regione</li> <li>3. Convenzioni con gli istituti penitenziari, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione, per usufruire dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie che vengono concessi in uso gratuito.</li> <li>4. Definizione di forme di collaborazione relative alla sicurezza tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario</li> <li>5. Nelle more di una definizione dettagliata</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <p>subordinatamente alla definizione dell'accordo con l'amministrazione penitenziaria e all'effettiva assegnazione delle risorse finanziarie, l'ASS6 provvederà a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. trasferimento del personale dal Ministero della Giustizia al servizio sanitario</li> <li>2. presa in carico delle attrezzature, gli arredi, i beni strumentali in base all'inventario trasmesso dalla Regione</li> <li>3. stipula di convenzioni per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie, secondo schema trasmesso dalla Regione</li> <li>4. stipula protocollo di intesa interistituzionale in materia di sicurezza</li> <li>5. l'Azienda garantisce le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste</li> </ol>

<p>dei LEA da garantirsi ai detenuti negli istituti penitenziari del FVG e delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale vengono mantenute le consuetudini in atto al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.</p> <p>6. Analisi dei prontuari farmaceutici e adozione di provvedimenti per garantire la continuità farmaceutica ai detenuti</p> <p>7. Redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG</p>	<p>nei livelli essenziali di assistenza secondo le consuetudini in atto</p> <p>6. Il Responsabile servizio farmaceutico aziendale provvederà a contattare il Dirigente sanitario dell'istituto penitenziario per l'analisi del prontuario farmaceutico.</p> <p>7. L'ASS6 collabora con i propri referenti alla redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>1. è stato effettuato il trasferimento del personale dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario con Delibera n. 15 del 16/01/2014 - Decreto n. 447 del 30.12.2013 recante "Trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria. DLgs 274/2010". A seguito della Delibera n.386 del 26/11/2014 "D.G.R. 2059 del 7.11.2014 recante: DLGS 274/2010 Linee di indirizzo regionali sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Presa d'atto e adempimenti conseguenti", sono state avviate le procedure per l'acquisizione di personale medico e infermieristico dipendente dall'Azienda Sanitaria per l'anno 2015.</p> <p>2. è stata realizzata la presa in carico delle attrezzature, gli arredi, i beni strumentali in base all'inventario trasmesso dalla Regione con Delibera n.13 del 16/01/2014 - Trasferimento al Servizio sanitario della Regione delle funzioni di sanità penitenziaria. Trasferimento delle attrezzature e beni strumentali della Casa circondariale di Pordenone;</p> <p>3. è stata stipulata la convenzione per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie, secondo schema trasmesso dalla Regione Delibera n. 57 del 13/02/2014 – "Trasferimento al Servizio Sanitario della Regione delle funzioni di sanità penitenziaria. Approvazione dell'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie";</p> <p>4. è stato stipulato il protocollo di intesa interistituzionale delibera n. 214 del 26/06/2014 - Protocollo d'intesa tra l'Azienda per i Servizi Sanitari n.6 "Friuli Occidentale" e la Direzione della Casa Circondariale di Pordenone relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'Assistenza Sanitaria a favore dei detenuti nella Casa Circondariale di Pordenone – che ricomprende le questioni relative alla sicurezza;</p> <p>5. l'Azienda sta garantendo le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza in continuità con le consuetudini precedenti, integrandole con le procedure e i regolamenti aziendali e migliorando i percorsi di presa in carico sanitaria nonché con adeguamenti dei locali e delle attrezzature;</p> <p>6. il Responsabile e gli operatori del Servizio Farmaceutico aziendale hanno provveduto a istruire il personale sanitario di riferimento sul prontuario farmaceutico aziendale, sull'uso del sistema operativo per gli ordinativi (G2-magazzino), sulla gestione dei registri di carico-scarico e sulla modulistica di richiesta degli stupefacenti;</p> <p>7. L'ASS6 collabora con i propri referenti alla redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG tramite la partecipazione tutte le riunioni regionali e alla stesura</p>	

dei documenti condivisi da parte del referente locale.

**Valutazione Direzione centrale salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p><u>L'Azienda sanitaria realizza nel corso del 2014 i contenuti del documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli ambiti distrettuali.</u></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I documenti di programmazione integrata per il 2014 (Programma attuativo annuale 2014) recepiti con decreto del DG (n.342 del 31.10.2013) già inviati alla DCSISPS (nota Prot n56985/DG del 13.10.2013) sono recepiti come parte integrante del PAL.</li> <li>2. L' ASS persegue gli obiettivi previsti nel documento di programmazione integrata per il 2014.</li> <li>3. L' ASS in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni provvede al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività</li> </ol>
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>obiettivo stralciato (All DGR 2666/2014)</p> <p>L'ASS congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni provvede alla <u>predisposizione del Programma attuativo annuale da realizzare nel 2015 e al rinnovo dell'atto di intesa.</u></p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>obiettivo stralciato (All DGR 2666/2014)</p> <p>Entro ottobre 2014, ASS e SSC provvedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– all'eventuale aggiornamento delle Schede obiettivi di integrazione sociosanitaria 2013-2015;</li> <li>– alla trasmissione del PAA 2015 alla DCSISPS per il parere di congruità.</li> </ul> <p>Entro dicembre 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ASS e SSC riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali.</li> <li>– I Direttori generali e i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali rinnovano l'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2015 e trasmettono alla DCSISPS i documenti di programmazione integrata locale 2015 approvati in via definitiva unitamente all'atto di intesa.</li> </ul>
<b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666/2014</b>	
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le Schede obiettivo di integrazione sociosanitaria 2013-2015 e i Programmi attuativi annuali 2014 sono stati recepiti come parte integrante del PAL con i seguenti decreti: Decreto 358/28.09.2012: Obiettivi di integrazione sociosanitaria del Piano di Zona 2013 – 2015. Approvazione dei Documenti Programmatori delle Aree d'integrazione sociosanitaria Decreto 380/19.10.2012: Obiettivi di integrazione sociosanitaria del Piano di Zona 2013 – 2015.</li> </ol>	

<p>Approvazione schede PAA relative all'anno 2014 Decreto D.G. n. 342 del 31/10/2013</p> <p>2. In continuità con quanto stabilito nel 2013 e al fine di perseguire con maggior incisività gli obiettivi di integrazione sociosanitaria previsti nel PDZ, l'ASS6 ha consolidato nella Cabina di Regia e nei tavoli trasversali provinciali gli organismi strategici per la promozione, lo sviluppo e il monitoraggio di quanto previsto in sede progettuale. Grazie a questo modello organizzativo si sono potute consolidare le buone prassi di integrazione sociosanitaria già sperimentate lo scorso anno e adottare, oltre agli strumenti regionali, un piano di monitoraggio specifico che tiene conto della complessa articolazione del sistema integrato.</p> <p>Sono state avviate le azioni necessaria a costituire tre équipes IPS (Individual Placement and Support) territoriali associate al CSM del distretto Nord, ai CSM dei distretti Sud ed Est, ai CSM dei distretti Urbano e Ovest. Sono stati inoltre assegnati i casi a tutti gli operatori IPS disponibili e che al momento sono operatori SIL o del Servizio di Collocamento Mirato della Provincia. Per quanto riguarda il microcredito si è proceduto alla stesura di un progetto di Fondazione di Partecipazione allargata a diversi soggetti pubblici (Provincia, Ambito Urbano, Ass6 (oggi Aas5) e del privati o del terzo settore (Legacoop e Confcooperative, Cisl, Caritas, Confartigianato) che è stato presentato alla giunta provinciale nel giugno 2014. Stante il nuovo assetto amministrativo della Provincia non è stato possibile passare dalla fase di valutazione alla realizzazione. Già a fine 2014, con l'insediamento della nuova amministrazione provinciale è stato riavviato l'iter progettuale.</p> <p>3. Sulla base dei documenti predisposti dalla Regione si è proceduto ad un confronto sistematico con gli Ambiti distrettuali sugli obiettivi PAA e alla conseguente rendicontazione trimestrale.</p>
--

<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA</p>	<p>Risultato atteso: <u>(modificato All 5 DGR 1322/2014)</u> <u>Per l' Area Vaste Pordenonese:</u> 1.Utilizzo a regime dei 10 posti letto dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP), come programmato nel 2013. 2.Utilizzo a regime delle schede di rete previste e adeguamento della dotazione di risorse in relazione agli standard previsti per la riabilitazione e/o estensiva</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In accordo con le prescrizioni della delibera di consolidato preventivo è stato attivato , d'intesa con i Referenti aziendali della parte Spoke T del percorso, il monitoraggio sull'utilizzo della scheda che risulta impiegata per le segnalazioni provenienti dai nodi Spoke A e Spoke O della rete GCA.</li> <li>- I Referenti aziendali segnalano l'opportunità di provvedere all'informatizzazione del percorso , così come previsto dal piano regionale e al riavvio degli incontri regionali dei referenti di rete.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<p><b>1.OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<b>Linea 1.3.4.3: Salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale e di Area Vasta : Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di area vasta per i servizi afferenti all'area degli adulti e dell'età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva	Risultato atteso: - Definire percorsi di contenimento della fuga extraregionale in particolar modo per la residenzialità migliorando l'offerta territoriale;
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Avvio e consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, 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, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Consolidamento dei programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento	- Attivazione per le persone attualmente in OPG del Budget di Salute e Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati per consentire il reinserimento territoriale
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Monitoraggio al 31.12.2014	
<p>1. è stata effettuata la rilevazione dei casi di minori inseriti in Comunità Residenziali extraregionali ( attualmente 12), ed iniziata la rilevazione congiunta ( NPI, DSM, Distretto, Ambito ) per sviluppare una presa in carico tempestiva finalizzata al superamento della fuga extraregionale. Lo stesso tipo di attività è stata avviata nei confronti dei casi ( 2 ), ospiti di Comunità extraregionali, transitati alle competenze del DSM per il compimento della maggiore età..</p> <p>2. si è avviato il percorso di consolidamento dei processi di integrazione tra DSM, NPI, MMG, SS e MMG per l'avvio di progetti di intervento precoce sugli esordi e nei soggetti fragili, a partire dall'utilizzo di Audit clinici e di UVD/UVM.</p> <p>3. sono state elaborate ed inviate alla Direzione Centrale alla Sanità in data 8 luglio u.s. le schede-progetto di dimissione relative ai quattro internati in OPG provenienti dal territorio aziendale.</p>	
<b>RETE Disturbi del Comportamento Alimentare</b>	
Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo	Nuovo risultato ( <u>modificato All DGR 2666/2014</u> ) Trasmissione alla DCSISSPS entro 31 dicembre 2014 degli accordi formalizzati ed eventualmente

livello)	aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e i dipartimenti di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano.
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>L'organizzazione attuale prevede l'attività ambulatoriale individuale e di gruppo presso il CDA di S.Vito, il supporto in caso di ricovero per problemi acuti presso AOSMA. È rimasta attiva la convenzione con il reparto di Medicina dell'Ospedale di San Vito per la consulenza nutrizionistica (dr. Troian) e per interventi nutrizionali in fasi acute e di scompenso in regime di ricovero ospedaliero. Sono stati avviati protocolli di collaborazione con le Pediatrie dell'Ospedale di Pordenone e di San Vito.</p> <p>Si è utilizzato il CDA di Portogruaro per qualche sporadico caso di intervento riabilitativo residenziale all'interno della convenzione tra Regione FVG e Veneto, in attesa della definizione un protocollo per i ricoveri di riabilitazione interregionale.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>ANCHE SE SONO STATI RAGGIUNTI IMPORTANTI RISULTATI DI RIORGANIZZAZIONE NON SONO PERVENUTI GLI ACCORDI FORMALIZZATI ALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE</b></p>

<b>Linea 1.3.4.4. Dipendenze</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire in ogni Dipartimento dipendenze accesso a soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti, per l'informazione e l'orientamento verso servizi di possibile presa in carico.</li> <li>- Collaborare con la Direzione regionale competente per rispondere agli obiettivi previsti dal progetto nazionale GAP.</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ogni Dipartimento offre uno "sportello" a cui il cittadino può rivolgersi per informazioni competenti.</li> <li>- Ogni ASS ha individuato un referente per le attività in materia di gioco d'azzardo patologico.</li> <li>- Entro il 31.12.2014 produzione report alla Direzione</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- All'interno del Dipartimento Dipendenze è attiva un'equipe specificatamente formata, per la presa in carico di soggetti affetti da dipendenza da GAP che opera nella sede di Pordenone, con il seguente orario :</li> </ul> <p>lunedì : 9.00 – 18.00 ( Tutte le figure professionali )</p> <p>mercoledì : 9.00 – 13.00 (aperto su appuntamento)</p> <p>14.00 – 16.00 (a settimane alterne aperto su appuntamento )</p> <p>Venerdì : 9.00 – 12.00 (aperto su appuntamento)</p>	

Nella stessa sede è inoltre presente uno spazio per informazioni competenti rispetto alla problematica aperto nelle ore del mattino.

- E' stato identificato un referente aziendale per la problematica che fa parte del Tavolo regionale voluto dalla legge e che ha partecipato a tutti gli incontri programmati( dott.ssa Carla Bristot ).

- Il report degli utenti dell'anno 2014, rispetto all'anno 2013, non evidenzia sostanziali modifiche rispetto al numero globale di utenti( 108 nel 2013, 106 nel 2014 ), ma evidenzia un calo di nuove visite (72 nel 2013, 47 nel 2014) ed una maggior permanenza in trattamento dall'anno precedente (34 nel 2013, 52 nel 2014), a parità di dimessi( 56 nel 2013, 53 nel 2014). La possibilità di lavorare in più giorni, consente di proporre programmi a più ampio respiro che permettono di differenziare l'offerta terapeutica a seconda del bisogno presentato dall'utenza. Questa opportunità favorisce la permanenza in trattamento per un periodo più lungo.

Valutazione Direzione centrale salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo Aziendale (modificato All 5 DGR 1322/2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</li> <li>- Partecipazione al processo di accreditamento fra pari delle comunità terapeutiche.</li> <li>- Confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi.</li> <li>- Monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive</li> </ul>	<p>Risultato atteso (modificato All 5 DGR 1322/2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione, nell'ambito dell' Osservatorio sulle Dipendenze, di linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi</li> <li>- Evidenza della partecipazione al processo di accreditamento. (Almeno un rappresentante per servizio per le dipendenze presente nell'équipe valutativa)</li> <li>- Evidenza del monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive (con produzione di dati aggregati divisi per servizio sulla diffusione dell'uso)</li> </ul>

Monitoraggio al 31.12.2014

- Ogni operatore del D.D. ha un proprio P.C. ed inserisce con regolarità tutti i dati necessari per l'Osservatorio Regionale. Periodicamente viene effettuato un incontro tra gruppi professionali per rendere omogeneo il processo dell'inserimento dati. Questo confronto è stato effettuato anche a livello regionale, che ha evidenziato delle discrepanze che devono essere regolarmente confrontate.

- Sono proseguite le riunioni tra Direttori di Dipartimento Dipendenze per la condivisione di buone prassi operative tra servizi che hanno riguardato in maniera approfondita lo strumento di inclusione sociale e lavorativa (Borse Lavoro ). Tale confronto ha portato alla stesura di un documento condiviso da proporre anche ai Dipartimenti di salute mentale. Ogni dipartimento ha inoltre sviluppato azioni nel campo dei bisogni emergenti (minori multiproblematici, persone con età maggiore di 50 anni sole e non autonome, proposte terapeutiche in grado di integrare i percorsi classici...)

- All'interno del Dipartimento Dipendenze di Pordenone sono state identificate due figure professionali (Cozzi Tania e Del Zotto Rosanna, inf. Prof.) che hanno partecipato alla formazione e hanno esaminato le comunità terapeutiche.

- E' stato individuato e condiviso uno strumento per il rilevamento dell'uso di nuove sostanze nei giovani. Il Tavolo delle dipendenze ha concordato di effettuare una sperimentazione presso l'

Azienda Sanitaria 2 Isontina, per verificare l'applicabilità dello strumento, che è stata effettuata nel 2° semestre del 2014. I risultati devono essere elaborati dall'Area Welfare e saranno disponibili nel 2015

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale**

Obiettivo aziendale: Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Risultato atteso: Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale;
--	---

Visto il contesto in rapido cambiamento istituzionale e lo sforzo riorganizzativo richiesto, l'ASS ritiene di non poter attivare e implementare questa nuova attività nel corso del 2014.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
--	--------------------------------

#### **Rete Demenze**

Obiettivo aziendale: Attivazione della Rete di presa in carico nel settore delle demenze	Risultato atteso: L'ASS6 garantirà la partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione della rete regionale sulle demenze coordinato dalla programmazione regionale
---	---

<b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666/2011</b>
---

#### **Linea 1.3.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate**

Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013, sulla base delle indicazioni fornite dal Coordinamento Regionale di Progetto e della tecnologia acquisita attraverso i fondi europei del progetto stesso	Risultati attesi <ul style="list-style-type: none"> <li>- consolidamento del gruppo di lavoro distrettuale SmartCare.</li> <li>- partecipazione agli incontri di presentazione e formazione organizzati dal Coordinamento Regionale di Progetto in capo ad ASS1.</li> <li>- in dipendenza delle disponibilità attuative e delle indicazioni correlate fornite dal Coordinamento Regionale di Progetto, avvio delle prime azioni con raccolta dei dati, delle procedure di monitoraggio remoto con i dispositivi e di uso delle tecnologie.</li> </ul>
---	--

Risultati al 31.12.2014

Ogni distretto ha identificato il proprio gruppo di lavoro i cui referenti sono: T. Danielis e G. Ricci (Ovest); Cinzia Cozzi e G. Passanisi (Nord); G. Tassan Got e A. Rovedo (Urbano); M. Zanuttel e A. Di Lorenzo (Sud) e M.G. Moro/N. Cicuto e R. Sisto (Est).

Il progetto Smart Care è stato condiviso anche con i 5 responsabili di Ambito della Provincia, nel

<p>contesto della Cabina di Regia dei Piani di Zona.</p> <p>Con il gruppo di coordinamento regionale sono stati organizzati due incontri in plenaria: il 25 febbraio ed il 27 Agosto 2014, con sede a Pordenone. Sono stati inoltre realizzati una serie di incontri ristretti con la Dr.ssa Redini (gruppo di coordinamento regionale) per la formazione all'uso del software di inserimento dati (dicembre 2014), sia presso la sede di Pordenone che presso i distretti.</p> <p>E' stata condivisa con tutti i gruppi di lavoro la modulistica di progetto: scheda consenso, schede piattaforma smart care, patient activation measure-scheda presa in carico, questionario WHOQOL da somministrare agli assistiti randomizzati (sia gruppo intervento sia gruppo controllo), questionario eCCIS solo per caregivers gruppo intervento.</p> <p>Al 31 dicembre è stata avviata la selezione degli utenti (rilevate alcune criticità: problematiche legate alla continuità degli utenti nella partecipazione alla ricerca, difficoltà di funzionamento del sistema in alcune aree montane, ecc).</p> <p>All'inizio del 2015 è stata fornita la tecnologia clinico/informatica per il monitoraggio domestico: saturimetro, bilancia, elettrocardiografo, sfigmomanometro, glucometro, rilevatore di movimento in casa, sensori ambientali per le fughe di gas. E' in atto la selezione degli utenti (gruppo casi e gruppo controlli).</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

**Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata**

<p>Obiettivo aziendale :</p> <p>L'ASS 6 prevede il consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SSSR.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1) Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie compatibilmente con l'adeguamento del supporto informatico predisposto.</p> <p>2) Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p> <p>3) Monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCS.</p> <p>3a) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è &gt;90% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della diagnosi(con PAI si)è &gt;75%</p> <p>3b) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della Valgraf (con PAI si)è &gt;70% L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la</p>
---	---

	compilazione della Valgraf (con PAI si) è >50%
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>1) Viene effettuato e trasmesso ai distretti il monitoraggio dei dati a cadenza mensile per garantire tempestività nell'adeguamento dei report; per l'attività domiciliare la compilazione del campo diagnosi ICD9-CM è elevato superiore al 95%</p> <p>- Per quanto riguarda le strutture intermedie, il campo diagnosi ICD9-CM non viene imputato in quanto non è stato predisposto l'adeguamento nel supporto informatico.</p> <p>2) La valutazione multidimensionale dei pazienti viene effettuata con lo strumento ValGraf versione essenziale 2012</p> <p>Permangono difficoltà legate al sistema informativo, che obbliga a chiusure e riaperture con operazioni manuali nei passaggi della presa in carico da PAI si a PAI no, oltre alle disomogeneità delle modalità di raccolta del dato a livello regionale. Questi problemi sono oggetto di analisi da parte del gruppo regionale di referenti aziendali.</p> <p>3) Dal monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCS, gli obiettivi risultano raggiunti al 100%:</p> <p>3a) compilazione della diagnosi (con PAI si)= 98,29%</p> <p>3b) compilazione della Valgraf (con PAI si)= 83,76%</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>1) Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Dopo l'emanazione del nuovo regolamento da parte della DCSISPS, l'Azienda presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la propria proposta di classificazione delle strutture per anziani già convenzionate, con richiesta preventiva del parere alla Conferenza dei sindaci</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>La DCSISPS non ha emanato il regolamento attuativo per il processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti: non appena disponibile il referente aziendale collaborerà alla definizione della proposta di classificazione.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<b>NON È STATO DATO AVVIO AL PROCESSO DI RICLASSIFICAZIONE</b>
<p>2) Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali funzionanti</p>	<p>Per ogni domanda di autorizzazione pervenuta l'ASS produce evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di ispezione presso il servizio,</li> <li>- Rilascio di atto autorizzativo ovvero comunicato al richiedente i motivi ostativi all'accoglimento della domanda.</li> </ul>

<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel corso del primo semestre sono state esaminate 2 domande per la richiesta di autorizzazione al funzionamento dei centri diurni di Porcia e Rauscedo.</li> <li>- I centri diurni di Porcia e Rauscedo sono stati convenzionati</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica e approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati negli anni precedenti;</li> <li>- Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita;</li> <li>- Monitoraggio del requisito (con relativi criteri e standard) scelto nei PAL 2013 ed attivazione di un percorso di promozione della qualità in almeno 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del territorio aziendale;</li> <li>- Predisposizione di una relazione illustrativa dell'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno.</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si è proseguito nel percorso di farmacovigilanza che ha coinvolto tutte le strutture residenziali per anziani</li> <li>- Nel 2° semestre è stata effettuata una nuova visita di <u>audit</u> in tutte 18 le strutture per verificare la ricaduta del percorso messo in atto, che ha previsto la stesura condivisa e l'introduzione delle procedure inerenti la prescrizione, la preparazione e la somministrazione dei farmaci.</li> <li>- Si è provveduto inoltre ad effettuare una visita di <u>audit</u> in 5 strutture per gli aspetti inerenti la documentazione clinica utilizzata nella gestione dei pazienti con ulcere cutanee da pressione ed arti inferiori.</li> <li>- Sono state coinvolte tutte le strutture ed è stato predisposto e introdotto un protocollo di gestione degli ordini di prodotti farmaceutici e presidi medico chirurgici, con l'adozione di modelli che prevedono precise condizioni cliniche e prescrittive per l'ordine di prodotti nutrizionali, farmaci con piano e con nota.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>4) <u>Sistemi informativi</u>:</p> <p>L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Evidenza delle verifiche e delle eventuali sollecitazioni circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati;</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per</li> </ul>

	<p>l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate;</li> <li>- la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'"Offerta residenziale" prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura delle strutture residenziali per anziani convenzionate</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel sistema informativo e-GENeSys è presente la valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG e viene aggiornata per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati; sono effettuati i monitoraggi trimestrali delle valutazioni Vaf.Graf e sollecitate le strutture che non ottemperano alle scadenze.</li> <li>- Nel sistema informativo SIRA-FVG è presente il report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta per ciascun trimestre.</li> <li>- Nel sistema informativo SIRA-FVG sono presenti i report trimestrali relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>5) Convenzione</p> <p>L'Azienda provvede ad adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti con le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione</p>	<p>E' stata predisposta ed adottata una convenzione unica aziendale per l'anno 2014 che verrà rivalutata quando disponibile lo schema tipo regionale.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>È stata adottata la convenzione unica aziendale in attesa della disponibilità dello schema tipo regionale.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<b>NON È STATO ADOTTATO LO SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE</b>
<p>6) <u>Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</u></p> <p>L'Azienda provvede a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p>	<p>Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p>	

Tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani vengono valutati dall'UVD con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG che viene imputato nel sistema informativo e-GENeSys.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della valutazione delle possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati.</li> <li>- Per le procedure di gara non unificabili tra più aziende sanitarie, evidenza che laddove possibile si sia attuato quanto previsto dall'art.5 della L.381/91 e dalla L.R.20/2006 (con riferimento al modello convenzione di cui all'art. 23 della L.R.20/2006)</li> </ul>
--	---

Monitoraggio al 31.12.2014

Il gruppo di lavoro interdipartimentale appositamente costituito ha effettuato due riunioni periodiche anche nel secondo semestre per esaminare le possibilità di creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati; per tutte le procedure di gara da attivare nel settore dei servizi, non unificabili a livello regionale, si è esaminata la percorribilità di affidamenti ai sensi dell'art. 5 della L.R. 381/91 e della L.R. 20/96 ovvero di inserimento di clausole contrattuali e parametri di valutazione atte a favorire la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.4.10 Programma di superamento ospedali psichiatrici giudiziari**

<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborare alla realizzazione del monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG.</li> <li>- Presa in carico da parte dei CSM competenti delle persone attualmente presenti in OPG ed elaborazione del progetto terapeutico individuale con realizzazione di azioni adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale.</li> </ul>	<p>Risultato atteso:</p> <p>per tutti i soggetti ancora presenti in OPG sono individuati progetti terapeutici individuali prodotti dal CSM competente da sottoporre al Giudice tutelare.</p>
---	--

Monitoraggio al 31.12.2014

Il DSM ha contribuito a fornire le indicazioni tecniche alla base della rimodulazione del programma regionale di superamento degli OPG contenuto nella DGR n. 744 del 17.04.2014 che, anticipando i contenuti della legge 81 del 31.05.2014, stabilisce quali punti significativi che:

- l'allocazione dei 10 posti letto previsti per le misure alternative verrà effettuata all'interno

della rete dei DSM regionali senza costruire strutture speciali, con allocazione presso strutture residenziali di Maniago (ASS6), Udine (ASS4) e Aurisina (ASS1) dei posti letto in funzione REMS in numero di 4, 4 e 2 rispettivamente.

- il finanziamento di parte corrente viene destinato a rafforzare la progettualità complessiva dei DSM anche nei confronti delle persone a rischio di deriva sociale.
- i progetti individuali alternativi non debbano limitarsi a soluzioni residenziali ma far parte della presa a carico integrata
- la necessità di proseguire nel lavoro strettamente integrato con la magistratura in tutte le fasi del procedimento

Sono stati elaborati (ed inviate alla Direzione Centrale in data 8 luglio us) i percorsi terapeutico riabilitativi individuali di dimissione dall'OPG, alternativi all'internamento, relativi ai quattro internati in OPG provenienti dal territorio aziendale, e contenenti in dettaglio la complessità degli stessi e gli step del percorso, nonché l'ammontare economico.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>In seguito al trasferimento delle risorse statali (di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67) l'ASS6 avvierà le procedure per l'adeguamento delle strutture sanitarie da dedicare all'accoglienza delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e CCC (Casa di cura e custodia)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Previa assegnazione del finanziamento statale alla Regione FVG e ripartito alle rispettive ASSR, l'ASS 6 avvierà le procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie in questione.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Con deliberazione della Giunta Regionale n.1322 del 11.07.2014 (Consolidato preventivo) è stato programmato l'intervento riguardante il superamento degli ospedali psichiatrici regionali, e si è rimasti in attesa del recepimento formale del programma da parte del Ministero, che nelle vie brevi è stato recepito.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>I FINANZIAMENTI STATALI SONO ARRIVATI NEL 2015</b></p>

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% sul totale
2006	-	-	-	-
2007	250,0	250,0	250,0	100%
2008	-	-	-	-
2009	2.800,1	2.798,7	2.798,7	100%
2010(*)	905,6	805,5	805,5	89%
2011(*)	950,0	761,9	874,8	92%
2012	880,0	878,2	878,2	100%
2013	-	-	-	-
2014	546,0	-	538,0	99%

(\*)Importi dei piani 2010 e 2011 soggetti a riprogrammazione dei finanziamenti ex LR 27/2012 art. 8, DGR 2262/2013

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	1.209,3	1.209,3	176,2	1.181,0	1.181,0	52,2
2007	1.392,9	1.392,9		648,4	648,4	16,9
2008	297,6	297,6		1.233,1	1.233,1	24,8

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
Attrezzaggio CDA (B)	territorio	2010	100,0	-	-	stralciato

(importi espressi in migliaia di euro)

STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DEGLI INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI

	Piano 2004		Piano 2007		Piano 2008		Piano 2009(*)	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	8.098,0	%	2.350,6	%	1.877,9	%	2.522,3	%
Progettazione in corso	400,0	4,9%	400,0	17,0%		0,0%	333,3	13,2%
Progettazione conclusa		0,0%	215,0	9,1%	75,0	4,0%	450,0	17,8%
Cantieri in corso		0,0%		0,0%	50,0	2,7%	50,0	2,0%
Opera conclusa	7.698,3	95,1%	1.736,0	73,8%	1.752,9	93,3%	1.689,0	67,0%
<b>Totale</b>	<b>8.098,3</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.351,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.877,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.522,3</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2010		Piano 2011		Piano 2012(**)			
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse statali (trasferite 2010-CdS)	
	1.298,0	%	730,0	%	11.178,8	%	1.063,4	%
Progettazione in corso		0,0%		0,0%	10.775,8	96,4%	1.063,4	100,0%
Progettazione conclusa	453,0	34,9%	730,0	100,0%		0,0%		0,0%
Cantieri in corso	50,0	3,9%		0,0%		0,0%		0,0%
Opera conclusa	795,0	61,2%		0,0%	403,0	3,6%		0,0%
<b>Totale</b>	<b>1.298,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>730,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.178,8</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.063,4</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2013		Piano 2014	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	295,2	%	775,0	%
Progettazione in corso		0,0%	750,0	96,8%
Progettazione conclusa	75,2	25,5%		0,0%
Cantieri in corso	220,0	74,5%	25,0	3,2%
Opera conclusa		0,0%		0,0%
<b>Totale</b>	<b>295,2</b>	<b>100,0%</b>	<b>775,0</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importo del piano 2009 soggetto a riprogrammazione del finanziamento ex LR 27/2012 art. 8, DGR 1322/2014

(\*\*) L'importo di risorse statali dell'anno 2012 comprende anche la quota assegnata all'AO di Pordenone nel 2010

STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato di attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Realizzazione RSA	2004	1.544,3	99%	100%
Cittadella della Salute di Pordenone (comprende la quota di 468.294,00 euro attribuita inizialmente all'AO di Pordenone e i fondi statali destinati alle Case della Salute trasferiti dal 2007)	RR 2012 FS 2012	10.468,3 1.063,4	-	-
Residenza per l'accoglimento e l'assistenza di pazienti psichiatrici con misure di sicurezza di Maniago (PN)	2014	1.562,9	-	-

(importi espressi in migliaia di euro)

## | AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI TRIESTE

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro 31/07/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>- Anatomia patologica di area vasta</li> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> <li>- Farmacie ospedaliere e territoriali</li> <li>- PDTA integrati</li> <li>- Consumo farmaci</li> </ul> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>Con nota ASS1 prot. n. 31007 dd. 30.06.14 è stato inviato il documento "Progettualità Area Vasta Giuliana isontina 2014" nel quale sono state declinate le progettualità relative ai temi individuati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>2. Anatomia Patologica di area vasta</li> <li>3. Servizio di radiologia su h 24 di area vasta (con ipotesi di lavoro allegata)</li> <li>4. Farmacie ospedaliere e territoriali</li> <li>5. PDTA integrati</li> <li>6. Consumo di farmaci</li> </ol> <p>Nel corso del 2014, nonostante la promulgazione della Legge Regionale n. 17 dd 16.10.14 di riordino del SSR e l'adozione della DGR n. 2673 dd 30.12.2014, alcune progettualità compatibili con la riforma sono state avviate. Altre hanno subito un arresto in previsione di una sostanziale riorganizzazione che prevedeva la ridefinizione dei territori dei nuovi Enti del SSR.</p> <p>In particolare per quanto riguarda il Laboratorio di patologia clinica, l'Anatomia Patologia e la radiologia h 24, i progetti riorganizzativi si sono interrotti. Per quanto riguarda le Farmacie è stata proposta la nuova organizzazione delle Aziende di area vasta</p> <p>Relativamente al tema dei PDTA sono stati costituiti i gruppi di lavoro di area vasta, è stata realizzata la formazione e sono stati realizzati e pubblicati i PDTA su :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinoma mammario</li> <li>- Scenpenso cardiaco</li> <li>- Frattura di femore</li> <li>- Artroprotesi d'anca</li> <li>- BPCO</li> <li>- Mesotelioma pleurico</li> </ul>	

- Gravidanza fisiologica
- Ictus

I PDTA sono stati presentati in una conferenza stampa dd 10.12.2014 e sono pubblicati sul sito internet dell'ASS1

Rispetto al tema del consumo di farmaci la Farmacia aziendale ha partecipato tutti i gruppi di lavoro convocati dalla Azienda capofila. Ha provveduto a mettere in atto tutte le misure di monitoraggio condivise in area vasta sul tema del consumo di farmaci in ambito ospedaliero, con invio dei report su antibiotici e relative resistenze.

E' stata avviata e condivisa a livello aziendale una proposta di preparazione centralizzata degli antiblastici che la direzione ha deciso di tenere sospesa alla luce della riforma sanitaria

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**a) OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**b) OBIETTIVO STRALCIATO (A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR)**

#### **Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012**

Obiettivo aziendale

Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi

Risultato atteso

Le Aziende entro 31/3/2014\_dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.

Monitoraggio al 31.12.2014

Risultato raggiunto.

La proposta di riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere in applicazione agli standard del Decreto Balduzzi è stata inviata.

Si rimanda al documento "Piano operativo di AV" relativo agli obiettivi 10 "tasso di ospedalizzazione" e 11 "posti letto", inoltrato alla DRS con nota ASS1 Prot. 15216/GEN.I.1.a DD. 31/3/2014

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

#### 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

##### **Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi**

Obiettivo aziendale

Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013

Risultato atteso

-Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013

- Nuovi progetti gestionali amministrativi

a) Predisposizione di un piano di lavoro generale

	<p>con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014</p> <p>b) Entro il 31/12/2014 attuazione del piano</p>
<p>Attuazione al 31.12.14</p> <p>Alla pianificazione delle attività si è provveduto contestualmente alla progettualità di AVGI - linee dedicate (nota 9883 dd. 28.2.2014).</p> <p>Alcune tra le suddette linee sono state sospese per le motivazioni di cui alla nota ASS1 Prot. n. 19149/GEN.I.1.A dd. 22.4.2014.</p> <p>In particolare con la predetta nota si prendeva atto delle indicazioni ricevute dalla DRS in sede di incontro dd. 1.4.2014 che prevedevano la sospensione dei termini di cui agli Accordi tra Aziende da cui conseguissero ricadute di tipo organizzativo e gestionale, in vista dell'approvazione della LR di riforma del SSR.</p> <p>Visti i contenuti della proposta di riforma dell'assetto istituzionale che prevede l'accorpamento di ASS2 (Area Vasta Giuliano –Isontina) con ASS5 (Area Vasta Udinese) a decorrere dall'1.1.2015, la progettazione di percorsi di sinergia con AOUTS e ASS1, appare superata di fatto</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

#### 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

Linea 1.1.4.1 PIANO DI FORMAZIONE DI AREA VASTA	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Offerta complessiva AV con eliminazione doppioni in un'ottica sovraaziendale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014:</p> <p>Risultato raggiunto.</p> <p>Il lavoro svolto in Area vasta è stato descritto e sintetizzato nel documento di inviato in data 30/06/2014 con nota ASS1 Prot. 31007/GEN.I.1.A</p> <p>Sono state condivise tra le aziende dell'area giuliano isontina i programmi di formazione annuali ed è stato realizzato un Piano Formativo di area vasta per il 2015.</p> <p>I programmi sono stati "riunificati" attraverso un'analisi comune dei bisogni formativi, pianificata all'inizio del secondo semestre del 2014 ed implementata nell'ultimo trimestre dell'anno.</p> <p>Ciò ha permesso di avviare la pianificazione unitaria, di area vasta, del nuovo Piano Formativo 2015.</p> <p>I percorsi formativi previsti nella programmazione 2015 conducono verso interventi in grado di modificare i comportamenti professionali, sulla base dell'analisi delle prove di efficacia ed in linea con quanto suggerito dalla letteratura più recente. Gli obiettivi specifici rappresentano invece, il quadro di riferimento entro cui si dovranno sviluppare azioni per il miglioramento continuo della qualità nelle sue dimensioni tecniche, gestionali e relazionali, in funzione dei cambiamenti</p>	

sistemici in atto.

L'offerta formativa fruibile dalle aziende afferenti all'AV è costituita da attività formative residenziali e di formazione sul campo, che hanno le seguenti caratteristiche:

- Convegni
- eventi formativi proposti dalla Direzione strategica che hanno obiettivi formativi di sistema e contenuti trasversali
- corsi dell'area dell'emergenza e formazione dei lavoratori ai sensi del D.L.vo 81/2008

I corsi dell'area tecnico – professionale saranno aperti alla partecipazione dei dipendenti afferenti all'AV contestualmente alla definizione dei contenuti da parte dei Responsabili Scientifici

Inoltre si fa presente che sono state contemporaneamente avviate attività di livello regionale con l'obiettivo di omogeneizzare i regolamenti aziendali e facilitare la circolazione dei progetti, dei docenti e dei partecipanti.

Infatti, nel corso del 2014 i Responsabili della formazione delle aziende hanno elaborato le *Linee guida per il sistema regionale di formazione continua e di Educazione Continua in Medicina nel Friuli Venezia Giulia*, approvate con DGR n. 2201 dd. 20.11.2014.

La Legge Regionale n. 27 dd. 30.12.2014 *Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale* (Legge Finanziaria 2015) prevede all'art. 8 la formalizzazione di un Regolamento regionale sulla formazione continua e l'Educazione Continua in Medicina.

Attualmente, si è in attesa della validazione delle Linee Guida del Regolamento che è in fase di approvazione.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Estensione obbligatoria della Firma digitale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G2 Clinico &gt;80% del totale dei referti</li> <li>- Laboratorio e microbiologia &gt; 80% del totale dei referti</li> <li>- Medicina trasfusionale &gt; 80 % del totale dei referti</li> <li>- Anatomia patologica &gt; 95 % del totale dei referti</li> <li>- Radiologia &gt; 80% del totale dei referti</li> </ul> <p>NOTA: la sperimentazione avviata sui referti radiologici ha evidenziato criticità comunicate in più occasioni al livello regionale che si auspica vengano risolte. Solo se risolti è possibile un graduale avvio della firma digitale</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>E' stata organizzata, a partire da settembre, la distribuzione di tutte le carte operatore ai professionisti aziendali ed è partita contemporaneamente l'attività formativa.</p> <p>Questa è stata fatta con sessioni plenarie in aula nonché tramite messa a disposizione in intranet di tutta la manualistica prodotta allo scopo.</p> <p>La firma digitale è stata avviata in 1 reparto pilota a settembre, quindi estesa gradualmente a tutti a partire da ottobre per arrivare a regime nel mese di dicembre.</p> <p>E' stata attivata la firma su Cardionet al posto di quella su DNLAB e su EMONET, non essendo possibile, per motivi non riconducibili all'operatività aziendale, firmare digitalmente su questi due applicativi.</p> <p>Il risultato previsto è stato raggiunto nel monitoraggio sul periodo 1-31 dicembre 2014</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>L'attività è in linea.</p>	

I referenti aziendali alimentano i flussi dati ministeriali secondo le scadenze previste dalle norme vigenti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Risultato atteso Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
Monitoraggio al 31.12.2014 La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera risponde alla completezza richiesta, l'attività è dunque in linea.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.3 Pronto soccorso</b>	
Obiettivo aziendale Installazione applicativo dedicato	Risultato atteso AOU.TS provvede all'installazione dell'applicativo entro il 31/12/2014
Monitoraggio al 31.12.2014 Il nuovo software di Pronto Soccorso è stato presentato al personale del reparto e della SCIT prima dell'estate; nei mesi successivi l'intero sistema è stato configurato tenendo in considerazione l'impatto che la sua introduzione avrebbe avuto sull'intera azienda per l'invio informatizzato delle richieste di consulenza/esami. La formazione agli operatori è stata erogata in ottobre, l'applicativo quindi è stato installato ed in uso dal 11/11/2014. Nelle prime due settimane di utilizzo gli operatori sono stati affiancati per più di 12 ore al giorno.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso 1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20
Monitoraggio al 31.12.2014 Prosegue l'attività di raccolta e conservazione dei consensi, garantendo anche il diritto all'oscuramento dei documenti prodotti ai cittadini che lo richiedono espressamente. Il regolamento ex art. 20 Dlgs 196/2003 sarà recepito non appena approvato dalla Regione.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso Attivazione entro la fine del 2014
Monitoraggio al 31.12.2014 Il modulo del Gestore Richieste è già in uso presso tutti i reparti aziendali per richiedere esami toraco-scheletrici ed alcune consulenze; nel 2014 si è attivato il percorso di generazione delle richieste informatizzate verso il laboratorio in più di 10 strutture, nonché la ricezione delle richieste fatte dal PS da parte di tutti i reparti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Gli esami sono disponibili nel repository regionale a norma di privacy previa attività di insiel necessaria all'integrazione del pacs AOOUTS con il pacs regionale per tutti i casi d'uso</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>La presente linea presuppone l'integrazione del sistema PACS AOOUTS nel sistema PACS REGIONALE FVG per poterne condividere i profili di integrazione. Nel corso del 2014 AOOUTS ha aggiunto 2 obiettivi necessari e propedeutici a tale integrazione. In primis, ha allineato la propria versione dell'applicativo PACS ESTENSA alle versioni regionali, studiando e implementando anche la configurazione applicativa particolare che ha permesso il recupero dei pregressi del Burlo e dunque predisponendosi tecnicamente per tale eventuale attività, e, non meno importante, redarre insieme ad Insiel lo studio di fattibilità ad essa commissionato per l'integrazione del sistema AOOUTS, che notoriamente ad oggi implementa schemi d'integrazione diversi e diversi casi d'uso aggiuntivi.</p> <p>Pertanto, in attesa di collaborare alla trasformazione dello studio di fattibilità in piano operativo, e per quanto di competenza esclusiva AOOUTS, l'attività è in linea.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Obiettivo non di pertinenza di AOOUTS</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le aziende collaborano con il DSC alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG.</li> <li>- verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.</li> <li>- valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come</li> </ul>

	<p>insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</p> <p>- individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Attività in linea</p> <p>L'azienda ha confermato e conferma la propria disponibilità a collaborare.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b></p>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1 Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
Monitoraggio al 31.12.2014: I tempi d'attesa sono stati tutti rispettati nei quattro monitoraggi regionali condotti durante l'anno.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
Monitoraggio al 31.12.2014: I volumi di attività per le prestazioni critiche non sono stati ridotti. Sono stati rispettati i volumi previsti in sede di redazione del Piano di contenimento dei tempi d'attesa e tutti gli scostamenti trimestrali sono stati discussi in sede di monitoraggio di Area Vasta.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Monitoraggio al 31.12.2014: Il materiale informativo e le procedure di Area Vasta esistenti saranno aggiornate entro il 1 marzo 2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ ).

Monitoraggio al 31.12.2014: AOUTs= 6,3% (7,9% nel 2013 ed 8,2% nel 2012)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	Risultato atteso Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
Monitoraggio al 31.12.2014: l'Azienda ha partecipato attivamente a tutti monitoraggi previsti dal sistema di rilevamento regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
Monitoraggio al 31.12.2014: sono state attivate le agende per tutte le prestazioni prioritarizzate secondo il calendario regionale	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>			
Obiettivo aziendale		Risultato atteso	
Realizzazione dei programmi di screening		Vedi Indicatori 34, 35 e 36 della Tabella degli indicatori LEA – PNE	
Monitoraggio al 31.12.2014: Si rimanda alla sezione dedicata agli indicatori LEA. In particolare si riporta di seguito la performance realizzata da AOUTs al 31.12.2014			
N.	Indicatore	Standard Obiettivo	Valore Aziendale 2014
34	Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	90%	98,6
35	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto ( <i>Corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening</i> )	≥ 95%	99,2
36	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto ( <i>Migliorare le performance dei programmi organizzati di screening: misura del tempo di attesa tra l'esito del Fobt e la Colonscopia</i> )	≥ 90%	99,72
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>		<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Per le aziende con l'unità senologica Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi/1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee		Risultato atteso Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso"/ totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%	
Monitoraggio al 31.12.2014: la percentuale attuale di "early recall" è pari al 4%.			
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>		<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Amianto</b>	
Obiettivo aziendale: Rilancio attività ex esposti ad amianto	Risultato atteso: -Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari. -Formazione dei medici competenti relativamente

	al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 e. 6 DLgs. 81/08. Al corso, organizzato dal CRUA, dovranno partecipare tutti i SPSAL
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Attivo interscambio di informazioni tra COR e SPSAL per la compilazione e raccolta dei questionari ReNaM relativi ai casi di mesotelioma e per la formazione dei medici competenti.</p> <p>Organizzazione responsabilità scientifica (dott. F. Ronchese) relatori (prof.F Larese, dott. De Michieli) del convegno dedicato all'argomento: Aggiornamenti in Medicina del Lavoro: Novità in tema di patologie da Asbesto Trieste 14-11-2014</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie professionali osteoarticolari</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Organizzazione di un corso regionale in collaborazione con l'INAIL con la partecipazione di tutti i SPSAL ed organizzato dall'ASS 6 anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13c 6DLgs. 81/08..</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Partecipazione della UCO Medicina del Lavoro (dott F. Ronchese) al gruppo di lavoro regionale coordinato dall' ASS6</p> <p>Partecipazione come responsabile scientifico ( dott. F. Ronchese) come relatore (prof. C. Negro) al convegno Prevenire le patologie degli arti superiori applicando l'ergonomia organizzato dall'ASS6 a Udine il 10-11-2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Proposta di un modello Excel con variabili significative condivise ed omogenee per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <p>Da gennaio a dicembre sono stati organizzati 6 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.1, 2.04, 24.06, 5.08, 8.10, 9.12.2014)</p> <p>Sono state approvate le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità su modello excel.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

**Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</p> <p>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</p> <p>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</p> <p>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.</p>
---	--

Monitoraggio al 31.12.2014:

Per il risultato atteso n. 1 AOUTs offre principi attivi che privilegiano le molecole a brevetto scaduto.

I risultati per quanto riguarda la distribuzione diretta, un processo posto sotto il governo aziendale della SC Farmacia, sono riportati in Tab.1.

Target per farmaci a brevetto scaduto individuate dalla Regione per il 2014	Target da raggiungere in area vasta	Target raggiunto da AOUTS con la distribuzione diretta
Sartani non associati	> 79,3%	100%
Sartani associati a diuretici ^	> 60,5%	N.A.^
Statine	> 82,8%	100%
Agonisti selettivi dei recettori 5 h1	> 30,4%	100%
Altri antiepilettici	>69,7%	100%

Antidepressivi SSR1	> 78,6 %	100%
Altri antidepressivi °	> 57,25	N.A.°

N.A = non applicabile in AOOTS.

^= Nel prontuario di AOOTS non sono presenti sartani associati a diuretici, ne come brand né come generici. La politica è quella di non lavorare con associazioni precostituite di farmaci per consentire ai clinici una miglior titolazione dell'eventuale associazione attraverso l'utilizzo dei singoli principi attivi.

° = Nel gruppo degli "altri antidepressivi" AOOTS ha in prontuario esclusivamente il principio attivo trazodone che ad oggi non ha equivalenti in commercio dato il prezzo fustella già largamente al disotto del prezzo medio degli altri antidepressivi appartenenti della classe che pur essendo commercializzati come farmaci equivalenti hanno un costo superiore al trazodone brand. Nella scelta dei farmaci da introdurre a livello ospedaliero in AOOTS, accanto ai criteri tradizionali di efficacia, sicurezza e costo, ha dibattuto sempre come criterio di eventuale nclusione/esclusione i possibili riflessi territoriali delle proprie scelte.

Due decisioni che hanno condizionato favorevolmente l' andamento della spesa farmaceutica territoriale, in considerazione dei grandi volumi di prodotti movimentati, sono state quelle di mantenere come rappresentante della classe C09CA01 soltanto il losartan nonostante l'arrivo di numerosi altri rappresentanti di categoria, beneficiando del fatto che poi è stato il primo a perdere la copertura brevettuale, e di mantenere come rappresentante di classe delle statine simvastatina ed atorvastatina, anziché ricorrere all' acquisizione di rosuvastatina che ad oggi risulta ancora in copertura brevettuale. L'Azienda ha anche prodotto, a sostegno di queste scelte, report di HTA, consultabili a richiesta.

Inoltre sono state elaborate e spedite raccomandazioni a tutti i prescrittori ospedalieri per privilegiare i farmaci a brevetto scaduto anche nelle indicazioni poste sui fogli di dimissione e/o in caso di ricetta SSR.

Per il risultato atteso n. 2 AOOTS per quanto riguarda fattori di crescita granulocitari ha garantito nel 2014 il 100% di prescrizioni con farmaci a brevetto scaduto sia in degenza che in distribuzione diretta tramite farmacia aziendale. Così come ha garantito il 100% di epoetine short acting a brevetto scaduto per i pz naive in degenza ordinaria ed il 100% di pazienti in diretta tramite farmacia ospedaliera per i pz con indicazioni emato-oncologiche, ad eccezione della sindrome mielodisplastica poichè il biosimilare vincitore di gara non prevedeva detta indicazione, così come non prevedeva tar le proprie indicazioni l' utilizzo domiciliare per i pz con insufficienza renale. Il prodotto aggiudicato in coso del 2014 permette di ovviare ad entrambe le limitazioni.

Per il risultato atteso n. 4: AOOTS adotta il percorso di monitoraggio previsto a livello nazionale/regionale sugli anticoagulanti orali e sui farmaci per l' epatite C , integrandoli con un approfondimento valutativo attraverso l' elaborazione di appositi report elaborati dalla SC Farmacia.

Per il risultato atteso n. 6, si rileva che non è di pertinenza ospedaliera

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO (4/7)</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>6. OBIETTIVO STRALCIATO (NON DI PERTINENZA)</b>
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</li> <li>2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</li> <li>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</li> <li>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</li> <li>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</li> </ol>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutti i farmaci con obbligo di registrazione AIFA, sono evasi in ottemperanza alle norme previste e per buona parte non sarebbe possibile altrimenti poiché il sistema è articolato in misura tale da rendere impossibile la dispensazione altrimenti.</li> <li>2. AOUST ha un suo PTO. La Commissione a riguardo si è riunita nel corso del 2014 quattro volte esaminando 22 richieste di nuove molecole da introdurre che hanno comportato l'elaborazione di profili di efficacia sicurezza e budget impact per ciascuno dei principi attivi valutati. I documenti una volta elaborati sono stati resi disponibili in visione anche all' AAS 1, e, quando ritenuti di interesse, ceduti.</li> </ol>

3. La Cartella oncologica rispetta i requisiti richiesti.
4. I flussi amministrativi sono stati verificati con la tempistica richiesta dalle disposizioni Ministeriali/Regionali ed il dato di aderenza per AOOTS è in possesso dei competenti Uffici Regionali.
5. Il sistema di tracciabilità scarico farmaci per i farmaci rientranti nella lista SIAS FILE F in vigore in AOOTS consente di quantificare la mobilità intra regionale, oltre a quella extra regionale, nella percentuale per AOOTS che è nota ai competenti Uffici Regionali.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

- 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 4. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 5. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

**Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici</li> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</li> <li>- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</li> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> <li>- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le</li> </ul>

	proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>Nel 2014 l'Azienda, in linea con le disposizioni regionali, ha partecipato con i propri referenti aziendali agli specifici obiettivi strategici in tema di sicurezza e governo clinico, ed in particolare per quanto riguarda i seguenti temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Livelli di qualità e sicurezza delle cure attraverso il monitoraggio degli indicatori relativi alla sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza; di seguito vengono riportate le linee di lavoro implementate nel corso del 2014</li> <li>- Adesione al framework WHO con relativo punteggio raggiunto.</li> <li>- Partecipazione ai corsi di formazione relativi al rischio infettivo.</li> <li>- Nel mese di novembre è stata effettuata l'indagine di prevalenza delle lesioni da pressione a livello regionale.</li> <li>- Partecipazione al progetto Antibiotic Stewardship con messa a disposizione dei professionisti aziendali che hanno portato alla stesura di vari documenti relativi alle infezioni e conseguente adozione degli stessi.</li> <li>- Partecipazione nel mese di marzo all'indagine di prevalenza sulla polifarmaco terapia.</li> <li>- Partecipazione con messa a disposizione di professionisti per la stesura di libretti informativi per il paziente relativa a LdP, Cadute.</li> <li>- Sono state inserite nel data base dell'Agenas 2 buone pratiche che sono state approvate e inserite nel data base dell'Agenas.</li> <li>- La rendicontazione delle attività e degli obiettivi 2014 del Rischio Clinico è stata inviata al DSCSIPS nei tempi previsti</li> </ul> <p>Il 17 Maggio 2014 AOUTs ha ricevuto il 3° Accredimento all'eccellenza JCI come "Academic Medical Center Hospital".</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.3 Accredimento</b>	
Obiettivo aziendale Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	Risultato atteso Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche: autovalutazione dei requisiti della rete per l'assistenza ai pazienti con ictus, della rete trapianti, gravi insufficienze d'organo e della rete delle cure palliative e redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>Risultato raggiunto.</p> <p>AOUTs partecipa al programma regionale di accreditamento istituzionale sia come percorsi di verifica ed autovalutazione previsti dalle scadenze regionali, sia con la messa a disposizione di proprio personale formato (valutatori regionali). I valutatori aziendali hanno partecipato</p>	

all'autorizzazione e accreditamento di Hospice e RSA regionali e all'accreditamento dell'Immunotrasfusionale Area Vasta Udinese e Area Vasta di Pordenone	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
Obiettivo aziendale Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;	Risultato atteso - Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento - Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica su indicazione della Direzione sanitaria - Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare su indicazione della Direzione sanitaria
Monitoraggio al 31.12.2014: Risultato raggiunto. L'ASS 1 ha predisposto e successivamente formalizzato in data 20/04/2015 il regolamento per le prestazioni di assistenza protesica, redatto in modalità condivisa con AOUTs. L'aggiornamento dell'elenco dei prescrittori è stato effettuato entro la fine del 2014, con l'aggiunta di 6 professionisti formati	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS	- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate - Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate - Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate
Monitoraggio al 31.12.2014: L'attività è in linea. Da aprile a luglio 2014 i referenti aziendali per la parte riguardante la riabilitazione hanno partecipato ad un gruppo di lavoro interaziendale (AOUTS-ASS1) che ha lavorato sulla stesura di un protocollo condiviso e sulla bozza della nuova modulistica prescrittiva in base al nuovo regolamento regionale sulla protesica. L'aggiornamento dell'elenco dei prescrittori è stato effettuato entro la fine del 2014, con l'aggiunta di 6 professionisti formati Il regolamento da condividere tra le Aziende è pronto ed è stato presentato in due momenti	

formativi gestiti in collaborazione tra ASS1 ed AOUST che si sono tenuti il 9 ed il 17 dicembre, ma ha riguardato solo gli aspetti attinenti alla riabilitazione.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>SONO STATE TRASMESSE LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) CHE DOVEVANO ESSERE IMPLEMENTATE NEL 2014</b>
--	---

<b>Linea 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative	Risultato atteso - Partecipazione alla definizione del percorso di accreditamento delle tre reti secondo i principi dell'accordo stato Regioni n. 151 del 25 luglio 2012 ed all'autovalutazione; - Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>
Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero	- Predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Monitoraggio al 31.12.2014: L'attività è stata svolta secondo il programma regionale: i referenti dell'Azienda (Ambulatorio del Dolore cronico e Acute Pain Unit) hanno partecipato alle progettualità regionali e ai tavoli tecnici. Nel corso dell'anno si è svolto anche il consueto survey "Ospedale senza dolore" condotto dal personale infermieristico delle strutture aziendali.	

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Obiettivo aziendale CRT Ottimizzazione della funzionalità e monitoraggio della Rete regionale trapianti	Risultato atteso 1.Mantenimento dell'orario del Centro Regionale Trapianti nei giorni feriali h 8-21; reperibilità medica

(direttiva europea 45/2010 e documento conferenza stato regione ottobre 2011).	consultiva regionale notturna e festiva; pronta disponibilità infermieristica nei tre centri prelievo (Udine, Trieste e Pordenone). 2.Applicazione dei nuovi standard di operatività dei coordinamenti locali
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>Risultato raggiunto.</p> <p>I coordinatori locali hanno recepito le indicazioni pervenute dal Centro Regionale Trapianti.</p> <p>Viene regolarmente garantita la pronta disponibilità infermieristica del Centro prelievo di Trieste attraverso un pool di professionisti dedicati.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende.</li> <li>- Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute &gt;39%.</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il registro è attivo già da anni ed è regolarmente alimentato e aggiornato.</li> <li>- Nel 2014 il rapporto Accertamenti morte/decessi per gravi cerebro lesioni acute è stato del 41,3% (19 accertamenti su 46 pazienti deceduti a causa di una cerebro lesione acuta)</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>L'attività è in linea.</p> <p>Il monitoraggio è condotto regolarmente su tutta la casistica eleggibile ed è attivo dal 2012. Alla data del 31 dicembre 2014 sono stati valutati 1656 decessi in entrambi i presidi ospedalieri dei quali 93 relativi a pazienti idonei alla donazione per età e reparto di decesso (Rianimazioni OM e OC, Cardiochirurgia, Cardiologia, Clinica Neurologica). Di questi 93 pazienti eleggibili al prelievo di cornee, 12 pazienti non presentavano controindicazioni cliniche al prelievo di cornee. Il prelievo di cornee è stato effettuato su 12 pazienti per un totale di 24 cornee prelevate.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>I professionisti aziendali hanno partecipato ai tavoli tecnici coordinati dalla Direzione centrale dell'Assessorato.</p> <p>I referenti AOUTs sono anche i coordinatori delle tre reti regionali</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale: AOUTS</b>																															
Obiettivo aziendale Contributo all'autosufficienza regionale	Risultato atteso Mantenimento dell'attività di raccolta sangue territoriale secondo un calendario unitario regionale concordato con il Coordinamento Regionale Trasfusionale e le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue.																														
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>																														
Obiettivo aziendale: Accreditamento delle strutture trasfusionali del dipartimento	Risultato atteso: Mantenimento dell'accREDITAMENTO della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali																														
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>																														
<p>Monitoraggio al 31.12.2014: l'attività di raccolta nel 2014 è diminuita del 5,4% (vedi tabella). Questo dato è in linea con il calo osservato sia a livello Regionale che Nazionale. Il fermo dell'autoemoteca nel 2014, è in parte responsabile della diminuzione osservata.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>2013</b></th> <th><b>2014</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Autoemoteca</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sangue Intero</td> <td>1455+819*</td> <td>1445</td> </tr> <tr> <td>Plasma</td> <td>973</td> <td>973</td> </tr> <tr> <td><b>Sedi fisse</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sangue Intero</td> <td>14598</td> <td>14323</td> </tr> <tr> <td>Plasma</td> <td>3669</td> <td>3617</td> </tr> <tr> <td>Piastrine</td> <td>148</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>Plasma-piastrine</td> <td>482</td> <td>488</td> </tr> <tr> <td><b>Totale</b></td> <td><b>22144</b></td> <td><b>20956</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>* Autoemoteca Trieste attiva per 9 mesi del 2013, non attiva nel 2014</p> <p>Il Dipartimento è stato accreditato a pieno titolo nel dicembre 2014 (Decreto del Direttore Centrale della DCS del 19.12.2014). La scadenza dell'autorizzazione/accreditamento a pieno titolo è fissata al 4.12.2016.</p>			<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Autoemoteca</b>			Sangue Intero	1455+819*	1445	Plasma	973	973	<b>Sedi fisse</b>			Sangue Intero	14598	14323	Plasma	3669	3617	Piastrine	148	110	Plasma-piastrine	482	488	<b>Totale</b>	<b>22144</b>	<b>20956</b>
	<b>2013</b>	<b>2014</b>																													
<b>Autoemoteca</b>																															
Sangue Intero	1455+819*	1445																													
Plasma	973	973																													
<b>Sedi fisse</b>																															
Sangue Intero	14598	14323																													
Plasma	3669	3617																													
Piastrine	148	110																													
Plasma-piastrine	482	488																													
<b>Totale</b>	<b>22144</b>	<b>20956</b>																													

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone	Risultati attesi Le tre aree vaste - Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la

<p>con la seguente suddivisione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AV.Giuliano Isontina per le neoplasie del mammella</li> <li>- AV.Udinese per le neoplasie del polmone</li> <li>- AV.Pordenonese per le neoplasie della colon retto</li> </ul>	<p>definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entro 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale</li> <li>- Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>l'Azienda ha cooperato con AAS1 e AAS2 per la redazione di un PDTA sul cancro della mammella nell'ambito della progettualità di Are Vasta (Vedi <i>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</i>)</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Patologica cardiovascolare: Avvio della rete delle emergenze cardiovascolari</p>	<p>Partecipazione avvio della rete delle emergenze cardiovascolari</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>i professionisti di AOUs hanno partecipato attivamente ai lavori coordinati dalla Direzione centrale dell'Assessorato</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

### Linea 1.3.3.10 Malattie rare

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.</p>	<p>Risultati attesi:</p> <p>Per le Aziende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche)</li> <li>- Segnalazione di tutte le nuove diagnosi</li> </ul>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>Risultato raggiunto.</p> <p>L'Azienda ha regolarmente alimentato l'inserimento dei nuovi casi tramite il G2 clinico e archivio cartaceo (per il settore cardiologico, ambiente CardioNet non provvisto dell'applicativo G2 Malattie Rare) che viene pertanto trasmesso secondo le procedure previste al Centro Regionale Malattie Rare di Udine.</p> <p>Si attende un resoconto regionale per conoscere il livello di alimentazione del registro da parte dell'Azienda ospedaliero universitaria.</p>	

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DELLA SEGNALAZIONE DEI CASI SEGUITI NEGLI ULTIMI 3 ANNI E NON ANCORA REGISTRATI</b>
--	--

<b>Linea 1.3.3.11 Diabete</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sui temi del piano nazionale.</p> <p>Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale. Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> <li>- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul> <p>Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione.</p> <p>Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014:</p> <p>AOUTs ha sviluppato percorsi di cura e di gestione del paziente con comorbidità diabetica in ambito cardiologico e chirurgico.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

**Le linee progettuali 1.3.4.2, 1.3.4.5 e 1.3.4.9 sono state integrate con nota del Commissario Straordinario 13799/P del 25/8/2015**

<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA</p>	<p>Risultato atteso: <u>Per le Aree Vaste:</u> Utilizzo a regime in ogni area vasta dei 10 posti letto dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP), come programmato nel 2013. Stesura del piano operativo per l'attivazione e utilizzazione a regime entro Giugno 2015 di ulteriori 10 posti letto di SUAP in ogni Area vasta, per un totale di 60 posti letto in regione. <u>Per AOOUTS:</u> Utilizzo a regime delle schede di rete previste e adeguamento della dotazione di risorse in relazione agli standard previsti per la riabilitazione intensiva e/o estensiva.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SUAP: di pertinenza territoriale (Area Vasta). AOOUTS ha partecipato alla definizione dei protocolli di continuità e di presa in carico con le strutture distrettuali di ASS1. Inoltre ha organizzato e svolto due eventi formativi programmati in sede locale (Corso residenziale su "La rete regionale per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite: stato dell'arte") ed ha ospitato l'evento di formazione organizzato dalla Direzione Centrale Salute previsto dal programma regionale.</li> <li>- AOOUTS alimenta regolarmente il registro GCA regionale e dispone di un archivio interno con cui monitorizza i tempi relativi al percorso individuato dalla Rete GCA.</li> <li>- Ha attivato al suo interno tutti i professionisti responsabili delle differenti fasi di cura e gestione del paziente. Non sono state acquisite le figure professionali (fisiatra, infermieri e OSS) necessarie per adeguare la dotazione al fabbisogno riabilitativo stimato sulla base degli standard di cura definiti dalla DGR 1309/2012.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</b>	
<p>Obiettivo aziendale Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer</p>	<p>Risultati attesi</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2014 Obiettivo non pertinente per AOOUTS</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>

Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale
Monitoraggio al 31.12.2014 Sono stati inseriti nel programma di dialisi peritoneale 28 pazienti prevalenti in dialisi domiciliare su 200 dializzati complessivi	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### **Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate**

Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato Atteso L'azienda deve: - dettagliare l'obiettivo aziendale descrivendo azioni ed interventi previsti per raggiungerlo - indicare i risultati attesi su tale linea (quale indicatore)
<b>Monitoraggio al 31.12.2014</b> È stato garantito l'inserimento di persone svantaggiate, già previsto negli anni precedenti in alcuni contratti, integrato laddove compatibile con la natura dei servizi	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% sul totale
2006	2.644,0	2.644,0	2.644,0	100%
2007	1.114,0	1.114,0	1.114,0	100%
2008	1.026,0	1.026,0	1.026,0	100%
2009	15.165,6	15.165,0	15.165,6	100%
2010	5.539,1	5.503,3	5.537,0	100%
2011	2.965,0	2.728,3	2.846,0	96%
2012	10.919,4	9.476,2	10.570,2	97%
2013	50,0	-	50,0	100%
2014	3.415,0	-	1.292,0	38%

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	7.399,0	7.229,0	1.100,2	2.465,0	2.461,0	89,4
2007	2.481,0	2.481,0		3.039,0	2.808,0	
2008	33,0	33,0		5.451,0	5.106,0	

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
stazioni di lavoro informatica	reparti vari	2012	200,0	110,0	parzialmente concluso	concluso
Emodinamica	Cardiologia	2014	1.200,0		-	in corso
Sistema monitoraggio clinico - ospedale di Cattinara	varie Unità operative	2014	1.000,0		-	concluso
fluorangiografo	Cl. oculistica	2014	130,0		-	in corso
Sostituzione sistemi Windows XP (prima annualità)	varie Unità operative	2014	300,0	230,0	-	parzialmente concluso
Riuniti dentistici	CL.Odontost. OM	2014	300,0		-	concluso

STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DEGLI INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI

	Piano 2008 (*)		Piano 2011		Piano 2012	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	8.360,0	%	2.650,0	%	6.450,0	%
Progettazione in corso		0,0%		0,0%		0,0%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%		0,0%
Cantiere in corso		0,0%		0,0%	4.015,0	62,2%
Opera conclusa	8.000,0	100,0%	2.650,0	100,0%	2.435,0	37,8%
<b>Totale</b>	<b>8.000,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.650,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.450,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2013		Piano 2014			
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse statali		Risorse regionali + Risorse proprie	
	20.164,8	%	45.429,7	%	1.934,3	%
Progettazione in corso	18.534,2	91,9%	45.429,7	100,0%	629,3	32,5%
Progettazione conclusa	1.600,0	7,9%		0,0%	900,0	46,5%
Cantiere in corso	30,6	0,2%		0,0%	160,0	8,3%
Opera conclusa		0,0%		0,0%	245,0	12,7%
<b>Totale</b>	<b>20.164,8</b>	<b>100,0%</b>	<b>45.429,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.934,3</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importo del piano 2008 soggetto a riprogrammazione del finanziamento ex LR 27/2012, DGR 2262/2013

STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato di attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara - Realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo e adeguamento logistico del comprensorio	2012	900,0	0	100%
		3.000,0	0	55%
	2013	20.000,0		8%
	art. 20 L 67/88	45.429,7	0%	0%

## | AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI UDINE

### LINEE PROGETTUALI

#### 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

OBIETTIVO DI AREA VASTA	
<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro il 30/7/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale</li> <li>- Laboratorio di Analisi cliniche e Microbiologia;</li> <li>- Attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare</li> <li>- Preparazione farmaci antitumorali.</li> </ul> <p>b) Entro il 30/9/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> </ul> <p>c) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto.</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>a) Con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A la CAV comunicava alla Direzione Centrale che, vista la proposta di riordino istituzionale ed organizzativo presentato dalla Regione, intendeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sospendere le attività, anche progettuali, relative a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riorganizzazione della Farmacia ospedaliera</li> <li>- Riorganizzazione della Farmacia territoriale</li> <li>- Ipotesi di aggregazione di funzioni dei dipartimenti di prevenzione e delle dipendenze</li> </ul> </li> <li>• proseguire la fase progettuale della riorganizzazione della Preparazione farmaci antitumorali definendo, entro il prossimo mese di luglio, il crono programma attuativo;</li> <li>• proseguire il progetto di riorganizzazione per attività di chirurgia oncologica (inclusa ginecologica e urologica) ed altri interventi di chirurgia non oncologica generale, urologica e vascolare, approvando entro il prossimo mese di luglio la fase sperimentale</li> <li>• proseguire l'attività prevista dalla Linea progettuale n. 1.3.3.8 relativa alla ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone.</li> </ul> <p>Con lettera di prot. n° 52330 /A del 31-07-2014, oltre a confermare gli indirizzi operativi definiti nella CAV del 29-6 ed inviati alla Regione con nota del 30-06-2014 prot. n. 44730//A sono stati inviati i progetti di riorganizzazione relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- progetto di riorganizzazione del Laboratorio di analisi clinica e di microbiologia di Area Vasta</li> <li>- progetto di riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica ed di altri interventi di chirurgia</li> </ul>	

<p>non oncologica generale, urologica e vascolare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- progetto di riorganizzazione della preparazione farmaci antitumorali</li> <li>- Documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti relativo alla Linea progettuale n. 1.3.3.8 "ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone".</li> </ul> <p>b) Il progetto di riorganizzazione del servizio di Radiologia su Area Vasta è stato condiviso dalla CAV Udinese e trasmesso alla Direzione Centrale con prot. n. 0065500 /A del 30-09-2014</p> <p>Vista l'approvazione della Legge Regionale di riordino del SSR (L.R. n. 17/2014) e la conseguente revisione dei livelli di responsabilità, le progettualità approvate non sono state attuate.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>b) OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b></p>

## OBIETTIVO DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Predisposizione di un piano di revisione da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014 (vedi paragrafo 2.2. dell'Accordo di Area Vasta).</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Il Piano di revisione è stato predisposto da parte della Conferenza di Area Vasta ed è stato inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851 del 31.3.2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

## OBIETTIVO DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</li> <li>- Nuovi progetti gestionali amministrativi             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014 (vedi paragrafo 2.2. dell'Accordo di Area Vasta).</li> <li>b) Entro il 31/12/2014 attuazione del piano</li> </ul> </li> </ul>

<p>Risultati al 31.12</p> <p>Il Piano di lavoro generale (convenzione quadro per l'aggregazione delle funzioni amministrative e tecniche dell'Area Vasta Udinese), che comprendeva sia il prosieguo delle attività 2013 sia i nuovi progetti gestionali, è stato elaborato ed inviato in Regione con nota n. 22851 del 31-3-2014.</p> <p>In merito alla loro attuazione sono stati attuati i progetti relativi a:</p> <p>Servizio Ispettivo: Costituito e regolamentato con Deliberazione ASS4 n. 136 del 31/03/2014, ha regolarmente operato nel corso dell'anno .</p> <p>Piano di formazione è stato predisposto e inviato alla Direzione Centrale con nota n. 22851 del 31-3-2014.</p> <p>Nucleo controlli sulle attività erogate da Privati accreditati: Costituito e regolamentato con delibera n. 222 del 20/05/2014; programma annuale di lavoro approvato dalla CAV il 10-7-2014 e, da ultimo, comunicazione, con la nota n. 69346 del 15-10-2014, alla Direzione Centrale Salute dell'attuazione della DGR n. 1321 del 11-7-2014,</p> <p>mentre per le altre attività previste, la CAV, in considerazione della proposta di riordino del Servizio Sanitario regionale presentata dalla Giunta Regionale, poi esitata nella LR n. 17/2014, ha concordato la sospensione dell'attuazione e ne ha dato informazione alla Regione con nota della Conferenza di Area Vasta Udinese n. 44730 del 30-6-2014.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>OBIETTIVO DI AREA VASTA</b>	
<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale Predisposizione e attuazione di una programmazione comune di Area Vasta sulla formazione.	Risultato atteso Predisposizione del programma di Area Vasta sulle aree comuni individuate entro il 31/3/2014. Attuazione del programma.
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Il programma è stato approvato dalla CAV ed inviato alla Direzione Centrale con nota del Coordinatore di AVUD n. 22851/A del 31-03-2014. Tutti i corsi previsti sono stati effettuati.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Omogeneizzazione delle procedure amministrative di accesso agli eventi formativi	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli di lavoro ed elaborazione di un documento di Area Vasta
<p>Risultati al 31.12</p> <p>L'Azienda ha assicurato la partecipazione al tavolo di lavoro che ha predisposto una "Proposta di Regolamento Formazione di Area Vasta Udinese".</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Estensione obbligatoria della Firma digitale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G2 Clinico &gt;80% del totale dei referti</li> <li>- Laboratorio e microbiologia &gt; 80% del totale dei referti</li> <li>- Medicina trasfusionale &gt; 80 % del totale dei referti</li> <li>- Anatomia patologica &gt; 95 % del totale dei referti</li> <li>- Radiologia &gt; 80% del totale dei referti</li> </ul>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>La firma digitale è attiva in tutte le strutture; le percentuali aziendali di utilizzo si attestano sui seguenti valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-G2 Clinico = 87% del totale dei referti</li> <li>-Laboratorio e microbiologia = 100% del totale dei referti</li> <li>-Medicina trasfusionale = 87 % del totale dei referti</li> <li>-Anatomia patologica = 100 % del totale dei referti</li> <li>-Radiologia = 100% del totale dei referti</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>L'azienda trasmette regolarmente i flussi previsti.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =&gt;95%</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>I campi della SDO sono regolarmente compilati; il valore aziendale di completezza si attesta sul 98%.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.3 Pronto soccorso</b>	
Obiettivo aziendale Installazione applicativo dedicato	Risultato atteso Entro settembre 2013
Risultati al 31.12 L'applicativo è installato.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso 1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20
Risultati al 31.12 - Continua la raccolta consenso con sistema GE.CO. - Non risulta ancora approvato il regolamento regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE</b> <b>REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso Attivazione entro la fine del 2014
Risultati al 31.12 Il modulo Order Entry è attivo in Azienda dal 2009 ed è costantemente monitorato l'utilizzo.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 Attività di ingegneria clinica</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso Gli esami sono disponibili nel repository regionale
Risultati al 31.12 L'Azienda ha fornito la collaborazione e il supporto necessario ad INSIEL S.p.A. ed al DSC per il	

completamento dell'integrazione del sistema ComPACS al progetto PACS Regionale partecipando agli incontri organizzati.

Insiel S.p.A., ad oggi, non ha dato evidenza all'AOUUD ed alla Direzione Centrale della Salute di avere rilasciato i servizi HL7 MDM^T02 e correlati necessari alla ricezione/gestione sull'ambiente regionale dei referti firmati digitalmente prodotti da sistemi di terze parti – attività richiesta alla Direzione Centrale funzione pubblica, autonomie locali e coord. riforme e ad INSIEL S.p.A. con nota prot. 68066 del 10 dicembre 2013 -. Premesso che il sistema ComPACS consente la firma digitale dei documenti, il rilascio dei servizi sopra citati è condizione necessaria per il conseguimento dell'obiettivo posto. INSIEL S.p.A. avrebbe inoltre dovuto comunicare e mettere a disposizione un ambiente di test per eseguire le verifiche dell'integrazione: a tal fine l'AOUUD, si era resa disponibile anche ad ospitare nei propri Data Center l'infrastruttura tecnologica di test.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.	Risultato atteso Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.
Risultati al 31.12 Attività in corso e coordinata dal DSC. L'Azienda, a disposizione del DSC per la gestione del tema, ha provveduto a recuperare i fondi necessari per l'aggiornamento dell'unico ecografo ancora interfacciabile al PACS ed è in attesa di un tanto per poi procedere con l'integrazione degli ecografi al PACS. Si evidenzia che l'operazione non consentirà l'integrazione dell'intero servizio di ecografia ginecologica in quanto una parte degli ecografi in uso non presentano le caratteristiche necessarie per consentirne l'interfacciamento con un semplice intervento di aggiornamento. In occasione della revisione della destinazione dei fondi residui dei vecchi piani investimento, si è provveduto a destinare una quota per l'acquisizione di un nuovo modello di ecografo per la ginecologia.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.	Risultato atteso Le aziende collaborano con il DSC alla: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG.</li> <li>- verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.</li> <li>- valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</li> </ul>

	- individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.
<p>Risultati al 31.12</p> <p>L'Azienda ha fatto eseguire a Medimatic gli adeguamenti necessari per l'archiviazione dei tracciati degli ECG, firmati digitalmente ed in formato DICOM, sul sistema ComPACS. Insiel S.p.A., ad oggi, non ha dato evidenza all'AOUUD ed alla Direzione Centrale della Salute di avere rilasciato i servizi HL7 MDM^T02 e correlati necessari alla ricezione/gestione sull'ambiente regionale dei referti firmati digitalmente prodotti da sistemi di terze parti – attività richiesta alla Direzione Centrale funzione pubblica, autonomie locali e coord. riforme e ad INSIEL S.p.A. con nota prot. 68066 del 10 dicembre 2013 -. Premesso che il sistema ComPACS consente la produzione in formato DICOM dei tracciati e la firma digitale degli ECG, il rilascio dei servizi sopra citati è condizione necessaria per il conseguimento dell'obiettivo posto.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b>

## ATTIVITÀ DIPARTIMENTO SERVIZI CONDIVISI

<b>Linea 1.1.6.2 – Approvvigionamenti</b>	
Obiettivo aziendale DSC Aggregazione della domanda	Risultato atteso Riduzione del numero complessivo delle gare per specifico settore merceologico (riferimento CND; classe economale) in relazione ai contratti in scadenza rispetto agli anni precedenti
Risultati al 31.12 Il numero di gare bandite a procedura aperta/ristretta bandite nel 2014, pur aggregando lo stesso volume di articoli, a seguito dell'aggregazione della domanda, sono state n. 43 in meno rispetto alle corrispondenti gare 2010/2011.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale DSC Modifica di alcune caratteristiche delle gare di appalto	Risultato atteso Riduzione dei bandi di gara con criteri di aggiudicazione al 50% fra qualità/prezzo con corrispondente aumento della percentuale di gare in cui si privilegia il punteggio sul prezzo, ovvero: <ul style="list-style-type: none"> <li>- almeno 5% di procedure al prezzo più basso</li> <li>- almeno 10% delle procedure con rapporto prezzo/qualità 60/40</li> </ul>
Risultati al 31.12 La percentuale di gare a procedura aperta o ristretta bandite nel 2014 al prezzo più basso attualmente è pari a circa il 17%. La percentuale di gare a procedura aperta o ristretta bandite nel 2014 con il criterio prezzo/qualità 60/40 attualmente è pari a circa il 58%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO DI AREA VASTA	
<b>Linea 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dalla DGR 1439	I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Attività specialistica ambulatoriale:</p> <p>Dall'analisi dei tempi registrati in Area Vasta Udinese nelle giornate indice del 2014, risulta che sono stati soddisfatti i criteri relativi ai tempi ed al numero delle sedi per tutte le prestazioni traccianti di specialistica ambulatoriale e di ricovero, con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio di aprile 2014: si sono registrati tempi critici per la visita endocrinologica in classe Differita e Programmata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, unico erogatore della prestazione in Area Vasta.</li> <li>• Monitoraggio di luglio 2014: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni in classe D e P della visita endocrinologica (1.117 utenti in attesa), per le prestazioni radioterapiche e per la classe D (entro 30 gg) della visita urologica;</li> <li>• Monitoraggio di ottobre 2014 e gennaio 2015: non sono garantiti i tempi d'attesa per le prescrizioni a 30 e 180 gg della visita endocrinologica (1.036 utenti in attesa) e per le prestazioni di radioterapia presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, unico erogatore in Area Vasta.</li> </ul> <p>Altre prestazioni hanno presentato potenziali criticità nel corso del 2014 per tempi/n° utenti in attesa: mammografia, ecografia mammella, RM pelvi/prostata/vescica, RM encefalo e colonna vertebrale, visita ginecologica, visita fisiatrica. Alcune difficoltà a garantire i tempi d'attesa in AV derivano dalla mancanza di continuità dell'offerta presso le strutture private accreditate, soprattutto per le prestazioni di diagnostica radiologica.</p> <p>Per fronteggiare le criticità, le Aziende dell'AV hanno definito e adottato criteri di accesso e prenotazione per la diagnostica della mammella, distinguendo i primi accessi con/senza segni o sintomi dalle successive ripetizioni degli esami per screening. Sono stati inoltre definiti e adottati dalle Aziende dell'Area Vasta criteri clinici di accesso alla visita fisiatrica in età adulta e pediatrica (&gt;2 anni di età) che verranno progressivamente applicati alle agende di prenotazione.</p> <p>Attività di ricovero:</p> <p>I tempi d'attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero non presentano sostanziali criticità alle giornate indice; tuttavia si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoarteriectomia carotidea (60gg): l'intervento viene effettuato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine che registra tempi elevati (&gt;100gg) e presso l'ospedale di Tolmezzo (41 gg a gennaio 2015). Al monitoraggio di luglio tutte le rilevazioni erano &gt;60gg.</li> <li>• Interventi per neoplasie (30gg): al monitoraggio di luglio e di ottobre si rilevano tempi critici presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine (in particolare per le neoplasie di competenza uro-ginecologica), comunque rientrati nei 30 gg nell'ultimo trimestre 2014 (monitoraggio gennaio 2015).</li> </ul> <p>Fra le cause che possono aver inciso sull'aumento dei tempi di attesa presso l'Azienda</p>	

Ospedaliero-Universitaria di Udine, che nel corso del 2013 avevano dimostrato una flessione, può essere ascritto al trasferimento delle Strutture di Chirurgia Vascolare e di Urologia presso la nuova sede ospedaliera, che ha richiesto la riduzione dell'attività chirurgica programmata nelle fasi pre e post trasferimento, fino alla sospensione della stessa in occasione del trasloco.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione (Allegato 3)
Risultati al 31.12 Si rimanda alla tabella dei volumi per le prestazioni identificate come critiche/potenzialmente critiche, che riporta i valori 2013/2014 ed il confronto con gli impegni espressi nei PAL/PAO dell'Area Vasta Udinese. I volumi erogati risultano complessivamente superiori agli impegni 2014, anche se per tutte le prestazioni si registra una contrazione rispetto i volumi erogati nel 2013.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

## OBIETTIVO DI AREA VASTA

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale Diritti di superamento previsti dalla L.R. 7/2009: diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro l'1/3/2014
Risultati al 31.12 Non sono pervenute dalla Regione indicazioni per inserire nuove le prestazioni nel percorso di garanzia da attivare in caso di superamento in AV dei limiti di tempo massimo previsti dalla normativa, già adottato nel 2011.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Libera professione: il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ )
Risultati al 31.12 L'azienda si attesta su un valore pari al 2% (in linea con il 2013)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>NELLE RILEVAZIONI SEMESTRALI EFFETTUATE NON</b>

	<b>RISULTA ESSERE STATO RISPETTATO PER LA VISITA GINECOLOGICA (1 SEMESTRE) E LA VISITA GASTROENTEROLOGICA (2 SEMESTRE)</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Monitoraggio tempi d'attesa: le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSISPSF i dati previsti per i monitoraggi.</p> <p>Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Sono stati trasmessi entro i termini previsti dalla DCSPS i dati relativi ai monitoraggi nazionale e regionali dei tempi di attesa sulle attività istituzionali e ALPI, compresi i volumi erogati.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Criteri di priorità: applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>La Direzione Centrale Salute ha formalizzato nel 2014 i criteri di priorità per le prestazioni di visita gastroenterologica/endoscopia digestiva, visita dermatologica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, oculistica e urologica: i primi due documenti erano già stati adottati dalle Aziende dell'AVUD nel 2013 e sono applicati correntemente alle agende di prenotazione degli erogatori pubblici e privati; per gli altri criteri, i documenti regionali sono stati divulgati ai prescrittori, tramite comunicazione formale inviata ai Direttori di Struttura, e sono stati applicati alle agende di prenotazione secondo le disponibilità locali e comunque entro quattro mesi dall'emanazione.</p> <p>E' stato aggiornato e integrato con le nuove priorità il documento "Raccolta dei criteri di priorità per visite e prestazioni ambulatoriali", disponibile sui siti Internet delle quattro aziende dell'Area Vasta Udinese e ne è stata data comunicazione ai prescrittori.</p> <p>Non è stata attivata la formazione regionale dei professionisti sull'applicazione delle priorità alla specialistica ambulatoriale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
Obiettivo aziendale Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso <u>Screening mammella</u> : tempo tra la data del primo approfondimento e la data in cui è reso definitivo l'esito nel G2 Clinico inferiore a 30gg nel 90% dei casi <u>Screening del colon retto</u> : corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening $\geq 95\%$ dei casi <u>Screening del colon retto</u> : tempo di attesa tra l'esito del FOBT e la colonscopia inferiore a 30gg nel 90% dei casi
Risultati al 31.12 Screening mammella: l'Azienda si attesta su un valore pari al 96%. Screening del colon retto: il valore della corretta compilazione della cartella endoscopica è pari al 97% Screening del colon retto: l'Azienda si attesta su un valore pari al 100%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Risultato atteso Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
Risultati al 31.12 l'Azienda si attesta a fine anno su un valore pari al 15,2%, recuperando un valore al 1° semestre pari al 19,6%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
Obiettivo aziendale Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
Risultati al 31.12	

Le variabili sono state proposte e discusse nel corso delle riunioni del coordinamento regionale dei medici competenti e che, in esito all'ultima riunione del 24.06.2014, è stata prodotta una tabella recante le variabili identificate (struttura operativa, mansione, attività, rischi lavorativi, giudizi di idoneità con eventuali limitazioni/prescrizioni) con le relative codifiche.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione**

Obiettivo aziendale Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione: promozione dell'allattamento al seno	Risultato atteso Evidenza della attuazione dei programmi di: Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati (rif. SIASI)
--	--

Risultati al 31.12

La rilevazione viene effettuata sul 100% dei nati.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute: Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo	Risultato atteso Iniziativa finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione)  Iniziativa finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi)
--	--

Risultati al 31.12

L'Azienda ha definito un programma per estendere il divieto di fumo, già attivo per legge nei locali e spazi chiusi, anche a quelli esterni aperti nel comprensorio dell'Azienda (spazi adiacenti alle porte di ingresso, pensiline di passaggio, cortili interni, giardini, balconi, ecc.) e in tutti i mezzi ed autoveicoli utilizzati dall'Azienda. Il divieto riguarda non solo il personale dipendente dell'Azienda e delle ditte che lavorano in ospedale, ma anche i visitatori e i parenti.

E' stata inoltre avviata una adeguata campagna di promozione e di informazione, focalizzata sul raggiungimento del risultato finale di un "Ospedale senza Fumo".

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

#### **Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza**

Obiettivo aziendale Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Risultato atteso Effettuazione delle rilevazioni Obesità in Gravidanza come da indicazioni regionali
---	---

Risultati al 31.12

Non sono pervenute indicazioni regionali.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b>	
<b>Prevenzione cardiovascolare</b>	
Obiettivo aziendale Formare i professionisti	Risultato atteso Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia.
Risultati al 31.12 L'Azienda collabora alla realizzazione del progetto con l'ASS4, responsabile dell'attuazione.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

OBIETTIVO DI AREA VASTA	
<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di Area Vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoletine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (l ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di Area Vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> <li>- relativamente alla residenzialità/domiciliarità dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati.</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013.</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi</li> </ol>

	di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.
<p>Risultati al 31.12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E' stato adottato il Protocollo di "Utilizzo degli ESA (agenti stimolanti l'eritropoiesi) nella malattia renale cronica, alla luce della disponibilità dei farmaci biosimilari o equivalenti", trasmesso dalla Conferenza di AVUD alla DCSISSPSF in data 27.12.2013 con prot. n. 93918).</li> <li>- E' assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera</li> <li>- L'Azienda ha applicato i percorsi definiti a livello regionale.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (2/7)</b></li> <li><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></li> <li><b>5. OBIETTIVO STRALCIATO (NON DI PERTINENZA)</b></li> <li><b>6. OBIETTIVO STRALCIATO (NON DI PERTINENZA)</b></li> </ol>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi.</li> <li>2. A livello di Area Vasta, anche tramite il prontuario di Area Vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio.</li> <li>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30/06/2014, al 31/12/2014);</li> <li>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</li> <li>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali</li> </ol>

	al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.
<p>Risultati al 31.12</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le prescrizioni dei medicinali soggetti a registro AIFA sono regolarmente registrate e monitorate, seppur con la riserva della non piena funzionalità del registro AIFA.</li> <li>2. Non sono stati definiti protocolli di AV per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo. Attività di area vasta sospesa.</li> <li>3. Il valore aziendale dell'implementazione della cartella oncologica si attesta sul 96%.</li> <li>4. I flussi verso le amministrazioni centrali sono assicurati nei tempi definiti.</li> <li>5. Il Sistema Siasa è implementato per i pazienti extraregionali; per i pazienti regionali tutti i dati sono gestiti tramite l'applicativo PSM e Buffer aziendale.</li> </ol>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>2. <b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></li> <li>3. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>4. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>5. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>6. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> </ol>

#### **Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo.</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici.</li> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e</li> </ul>
---	--

	<p>dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie.</li> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso.</li> <li>- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011.</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo.</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati.</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>
<p>Risultati al 31.12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulla base del programma dell'anno sono stati misurati gli indicatori individuati per il monitoraggio. Il report è stato trasmesso alla DCSISSPS con nota n.51774 del 03.09.2014. Il secondo report verrà inviato nel mese di marzo 2015.</li> <li>- Il programma per la polifarmacoterapia si è concluso e i dati sono stati presentati alla Giornata regionale per la sicurezza e la qualità delle cure il 09/10/2014.</li> <li>- I referenti aziendali hanno partecipato ai gruppi di lavoro regionale e i le indicazioni comportamentali sono state diffuse in Azienda: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ per il progetto "Antimicrobial Stewardship" (realizzazione di «linee guida» evidence-based; adozione della "alert list" dei microrganismi "difficili" e del registro regionale delle resistenze batteriche);</li> <li>▪ per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito e la prevenzione delle cadute;</li> <li>▪ per la realizzazione di brochure informative su temi di sicurezza dei pazienti (cadute, lesioni, dolore, modalità di accesso al ricovero).</li> <li>▪ per il monitoraggio adesione Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza dei pazienti.</li> </ul> </li> <li>- Si è partecipato al corso nazionale sulle attività di SafetyWalkAround.</li> <li>- Si è partecipato alla costruzione del PPDTA di Area Vasta Udinese per il paziente con ictus.</li> <li>- E' in definizione il frame per il cruscotto aziendale sugli indicatori di esito, tenendo come riferimento il dati del Programma Nazionale Esiti.</li> </ul> <p>La sperimentazione della documentazione dei rischi nella lettera di dimissione del paziente (macro</p>	

in G2 clinico) è stata rinviata a livello regionale al 2015.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.3 Accreditamento</b>	
-------------------------------------	--

Obiettivo aziendale Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	Risultato atteso Prosecuzione del programma di accreditamento Redazione/aggiornamento dei piani di miglioramento
---	--

Risultati al 31.12

1. Nel mese di luglio è stata effettuata la visita della Commissione regionale che ha confermato l'accREDITamento della Medicina Trasfusionale secondo la DGR 2528/2011.
2. La visita di accREDITamento per la Struttura di Nefrologia e Dialisi prevista a seguito del trasferimento nella nuova sede è stata rinviata ai primi mesi del 2015.
3. Sono in corso le attività propedeutiche per l'effettuazione dell'audit del Centro Nazionale Trapianti per il Trapianto di rene, previsto per i primi mesi del 2015.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>ALLE ASS ERA RICHIESTA ANCHE LA MESSA A DISPOSIZIONE DEI PROFESSIONISTI VALUTATORI PER LE ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, ANCHE QUESTO RISULTATO, NON ESPLICITATO, È STATO RAGGIUNTO.</b>
--	--

Obiettivo aziendale Proseguire l'accREDITamento JCI come Academic Hospital	Risultato atteso Conferma dell'accREDITamento come Academic Hospital
---	---

Risultati al 31.12  
L'accREDITamento come Academic Hospital è stato ottenuto a febbraio 2014.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
---	--

Obiettivo aziendale Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta	Risultato atteso - Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento - Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica - Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare
--	---

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISPSF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate</li> </ul>
<p>Risultati al 31.12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sono state definite le linee operative per l'applicazione del regolamento ed è stato completato il censimento dei medici prescrittori, con una verifica tra medici prescrittori e medici abilitati.</li> <li>- Non risultano emanate linee guida regionali sui singoli dispositivi protesici.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>SONO STATE TRASMESSE LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) CHE DOVEVANO ESSERE IMPLEMENTATE NEL 2014</b></p>

<b>Linea 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Non risultano pervenute richieste di partecipazione da parte della DCS.</p> <p>L'azienda peraltro ha partecipato con il professionista al tavolo tecnico "Gruppo professionale oncologia" per la riforma sanitaria e per l'istituzione della rete oncologica regionale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b></p>

<b>Linea 1.3.3.6 Attività del CRT</b>	
<p>Obiettivo aziendale CRT</p> <p>Ottimizzazione della funzionalità e monitoraggio della Rete regionale trapianti (direttiva europea 45/2010 e documento Conferenza Stato Regioni ottobre 2011).</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1.Mantenimento dell'orario del Centro Regionale Trapianti nei giorni feriali h 8-21; reperibilità medica consultiva regionale notturna e festiva; pronta disponibilità infermieristica nei tre centri prelievo (Udine, Trieste e Pordenone).</p> <p>2.Applicazione dei nuovi standard di operatività dei coordinamenti locali</p>

<p>Risultati al 31.12</p> <p>- E' stata mantenuta l'operatività del CRT (orario, reperibilità medica, pronta disponibilità infermieristica).</p> <p>- Sono applicati i nuovi standard di operatività dei coordinamenti locali.</p>	
--	--

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale CRT</p> <p>Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto</p>

<p>Risultati al 31.12</p> <p>Rene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riunioni Commissione Nefrologia Dialisi e Trapianto di rene, presso DCSISSPS, il 10 aprile e 21 ottobre 2014</li> <li>• Monitoraggio applicazione documento sviluppato dalla Commissione;</li> <li>• Monitoraggio tempi inserimento in lista presso il CT Rene di Udine;</li> <li>• Avvio monitoraggio percorso di follow up e dimissione da C T Udine;</li> <li>• Programma incremento trapianto di rene da vivente in regione FVG</li> </ul> <p>Fegato</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riunione presso DCSISSPS il 19 giugno 2104</li> <li>• Avvio recupero documenti precedentemente sviluppati</li> <li>• Definizione aggiornamento degli stessi</li> <li>• Programmata diffusione documenti precedenti</li> <li>• Avvio monitoraggio inserimento in lista d'attesa</li> </ul> <p>Cuore</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione riunioni gruppo VAD a Roma CNT</li> <li>• Riunione presso DCSISSPS il 30 gennaio 2014</li> <li>• Recupero documenti precedenti su scopenso e VAD</li> <li>• Predisposizione documento unico regionale</li> <li>• Aggiornamento diffusione ai Cardiologi della regione</li> </ul>	
--	--

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti (attività aziendali)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1.Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende</p> <p>2.Rapporto nr. Accertamenti di morte / decessi per gravi cerebrolesioni acute &gt;39%</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Risultato atteso Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Risultati al 31.12</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sono stati registrati tutti i decessi per lesione cerebrale acuta; il rapporto tra accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute è pari al 32%</li> <li>2. L'azienda monitora regolarmente le idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale. Al 30.6 sono stati valutati n. 499 deceduti per idoneità alla donazione.</li> <li>3. Sono stati aggiornati i percorsi diagnostico terapeutici per il trapianto di rene e per il trapianto di fegato. Per il trapianto di cuore si è in attesa del documento regionale.</li> </ol>	

<b>Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale (attività aziendali)</b>	
Obiettivo aziendale Adeguamento dello studio di fattibilità ed impatto del Centro Unico Produzione Emocomponenti di Palmanova, secondo una logica che tenga conto del riordino della rete dei laboratori di Area Vasta Udinese	Risultato atteso Evidenza aggiornamento studio entro il 31.12.2014
<p>Risultati al 31.12</p> <p>L'obiettivo è stato rinviato al 2015 e trasferito ad AAS 2 a seguito della approvazione della L.R. 17/2014 di riordino del Servizio Sanitario Regionale.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Risultato atteso Mantenimento dell'attività di raccolta sangue territoriale secondo un calendario unitario regionale concordato con il Coordinamento Regionale Trasfusionale e le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue; mantenimento della convenzione attiva con la regione Lazio per il volume concordato di 5200 unità di emazie concentrate
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Il dipartimento ha mantenuto gli obiettivi di autosufficienza in emocomponenti (sangue e plasma), con una raccolta che, sia pure in leggera flessione rispetto all'isoperiodo 2013, ha comunque garantito la copertura dei fabbisogni dipartimentali; è stato inoltre garantito il contributo all'autosufficienza nazionale, declinato nella cessione programmata di emocomponenti alla</p>	

Regione Lazio, come da rapporto convenzionale, unitamente a supporti estemporanei ad altre realtà regionali in contingenti situazioni di carenza:

- donazioni 2013 = 48.867, donazioni 1° semestre 2014 = 47.720
- cessione Regione Lazio: 5.894 unità trasfusionali (su un programma di 5.200 cessioni da garantire); cessione Regione Toscana 1° semestre 2014, non programmata, n. 80 unità trasfusionali.

E' stato definito ed attuato, in accordo con le Associazioni di Volontariato del Sangue, il calendario di uscita dell'autoemoteca per la raccolta mobile sul territorio: uscite anno 2014 = 224 (anno 2013 = 221).

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

OBIETTIVO DI AREA VASTA
-------------------------

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>
--

<p>Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone</p>	<p>Risultati attesi Le tre aree vaste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico-professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente).</li> <li>- Entro il 31/12/2014 ogni Area Vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale</li> <li>- Entro il 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste</li> </ul>
--	---

Risultati al 31.12

Con nota della Conferenza di Area Vasta Udinese n. 44730 del 30-6-2014 si è confermata la volontà a proseguire l'attività prevista dalla Linea progettuale n. 1.3.3.8 relativa alla ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del polmone, chiedendo altresì alla Regione di posticipare l'invio dell'analisi al 31-7-2014.

Quindi, con nota prot. n. 52330 del 31.7.2014, il Coordinatore dell'AVUD ha trasmesso alla Regione il documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti.

Il processo di sviluppo del percorso diagnostico-terapeutico individuato, con particolare riferimento all'integrazione Ospedale/territorio, è stato ritardato in ordine all'intercorsa revisione istituzionale del SSR, come previsto dalla LR 17/2014 ed alla conseguente previsione di superamento delle Aree Vaste.

L'analisi peraltro prosegue ai fini scientifici e sarà oggetto di pubblicazione.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<p>Obiettivo aziendale Patologica cardiovascolare: Avvio della rete</p>	<p>Risultati attesi Partecipazione avvio della rete delle emergenze</p>
---	---

delle emergenze cardiovascolari	cardiovascolari
<b>Risultati al 31.12</b>	
<b>OBIETTIVO STRALCIATO DALLA REGIONE CON DGR 2666/30.12.2014</b>	

<b>Linea 1.3.3.9 Percorso nascita</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>1.Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio – Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).</p> <p>2.Attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari, qualora i livelli di sicurezza previsti dai provvedimenti nazionali e regionali non possano essere garantiti</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Non risultano pervenute richieste di partecipazione.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>1.OBIETTIVO NON RAGGIUNTO.</b></p> <p><b>NEL CORSO DEL 2014 CI SONO STATI 3 INCONTRI (16/4/2014, 5/6/2014, 9/12/2014) CON LA CONVOCAZIONE DI TUTTI I PARTECIPANTI</b></p> <p><b>2.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare - Attività del CRMR</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il Coordinamento regionale, nell'ambito della funzione di osservatorio epidemiologico sulle MR prevista dalla DGR 2228/2006, si impegna a supportare attivamente le Aziende intraprendendo ogni iniziativa utile al fine di completare la messa a regime del sistema di registrazione.</li> <li>- Si impegna altresì, ad organizzare incontri formativi con gli operatori coinvolti, finalizzati all'ottimizzazione della qualità dei dati raccolti, ad attivare una sorveglianza</li> </ul>	<p>Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione di azioni mirate al supporto attivo alle Aziende per l'implementazione del flusso al Registro e per il raggiungimento dell'obiettivo di rientro dei casi non ancora segnalati</li> <li>- Realizzazione di incontri formativi/ informativi con i professionisti coinvolti nel flusso informativo al Registro (almeno due/anno)</li> <li>- Predisposizione del report annuale sui dati del Registro regionale da rendere disponibile a tutti gli attori della Rete.</li> </ul>

epidemiologica delle MR a livello regionale e a produrre un report annuale sulle attività della rete.	
<p>Risultati al 31.12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposto, in accordo con la Direzione Centrale Salute, il testo relativo alla delibera di riordino della Rete Regionale per le Malattie Rare, azione propedeutica al passaggio operativo, che prevede anche la ricognizione dei presidi attualmente operativi e delle modifiche da recepire e proporre (cessazione di attività, apertura di nuovi presidi di riferimento).</li> <li>- Sono stati realizzati i seguenti incontri con i professionisti coinvolti nel flusso informativo del Registro Regionale Malattie rare: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) incontro con i referenti malattie rare delle Aziende Ospedaliere e Territoriali sul tema "Funzionamento del Registro Regionale delle Malattie rare e prospettive di riordino della Rete Regionale" che si è tenuto presso la sede del Centro di Coordinamento, palazzina 16 dell'AO S.M.M. di Udine, in data 22 ottobre 2014;</li> <li>b) incontro con i referenti dei presidi regionali per la Cistite Interstiziale sul tema "Documento di consenso sul PDTA della cistite interstiziale della Regione FVG", che si è tenuto il 27 novembre 2014 presso il palazzo della Regione di via Sabbadini 31, Udine.</li> </ul> </li> <li>- E' stato effettuato un censimento dei dati relativi ai nuovi casi di Malattia Rara riportati dai presidi della rete regionale nel 2014 e da loro inseriti nel Registro Regionale. Nel 2014 sono stati complessivamente segnalati 400 nuovi casi di, cui in allegato sono illustrati l'appartenenza ai gruppi di malattia riconosciuti dalla D.L. 279 del 2001. Un'analisi di questi dati è stata fatta per valutare il peso specifico delle singole patologie, i dati complessivi a livello regionale e quelli relativi alla segnalazione dai singoli Presidi di azienda ospedaliera o territoriale di riferimento.</li> </ul>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>-LE AZIENDE NON HANNO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO DI RIENTRO DEI CASI NON ANCORA SEGNALATI AL REGISTRO.</b></p> <p><b>-L'INCONTRO SUL TEMA DELLA "CISTITE INTERSTIZIALE" È RELATIVO AD UNO SPECIFICO PDTA, RIVOLTO AGLI UROLOGI, E NON LEGATO IN MANIERA SPECIFICA ALL'OBIETTIVO REGISTRO REGIONALE MALATTIE RARE</b></p>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare (attività aziendali)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.</p>	<p>Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche)</li> <li>- Segnalazione di tutte le nuove diagnosi</li> </ul>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>I reparti dell'azienda che sono individuati come centri di riferimento della rete regionale Malattie</p>	

<p>Rare registrano tutti i nuovi casi di MR e si stanno impegnando a recuperare l'inserimento del pregresso.</p> <p>Tuttavia si segnala che l'Azienda non è in grado di misurare il primo indicatore, in quanto non dispone dei codici ICD9 che permettano di identificare le "SDO specifiche".</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DELLA SEGNALAZIONE DEI CASI SEGUITI NEGLI ULTIMI 3 ANNI E NON ANCORA REGISTRATI</b>

## OBIETTIVO DI AREA VASTA

**Linea 1.3.3.11 Diabete**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sui temi del piano nazionale.</p> <p>Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale. Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> <li>- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul> <p>Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione.</p> <p>Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Non risultano pervenute richieste di partecipazione da parte della DCS.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

OBIETTIVO DI AREA VASTA	
<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Nel 2014 attivazione di 10 pl di SUAP presso una residenza protetta o in alternativa in un modulo dedicato di RSA con rispetto degli standard previsti</p> <p>Programmazione di ulteriori 10 pl in residenza protetta con attivazione da programmare entro luglio 2015</p>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Con comunicazione prot. 94403/A del 31/12/2013 a firma del DG dell'ASS 4 "Medio Friuli", capofila di Area Vasta, è stato trasmesso alla DCSISPF il progetto "Attivazione della Rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite in Area Vasta". Il progetto prevedeva l'attivazione presso l'I.M.F.R. Gervasutta di 10 p.l. dedicati alla SUAP, attivazione condizionata da investimenti edili-impianstici, arredi, attrezzature e personale per un importo totale di complessivi 1.141.900€. Vista l'importante manovra di rientro sui bilanci delle aziende dell'Area Vasta ed il vincolo sul personale, non è stato possibile dar seguito alla progettualità.</p> <p>Nel corso del 2014 è stata effettuata un'analisi relativa alla collocazione degli utenti in stato vegetativo residenti in ASS4. E' stato verificato l'impegno di spesa relativo a tali collocazioni rispetto all'Azienda sanitaria, al sociale e alla famiglia. Son state analizzate le norme di settore e le relative indicazioni previste, nonchè i requisiti organizzativi indicati dalla Regione per le strutture di accoglienza SUAP o Residenze Protette. E' stata inoltre fatta un'analisi puntuale degli utenti accolti presso le degenze ospedaliere dell'IMFR e formulata una proposta di collocazione di tali utenti presso le residenze protette convenzionate con l'Azienda.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
	<b>DA QUANTO RAPPRESENTATO RISULTA CHE È STATA FATTA UN'APPROFONDATA ANALISI E FORMULATA UNA PROPOSTA, MA NON È STATA REALIZZATA</b>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attivazione dell'Area Semintensiva ad Alta Valenza Riabilitativa (ASAVR) di 10 posti letto, secondo il programma da concordarsi con la DCSISPF.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Attivazione di 10 pl di ASAVR entro il 2014 con deroga per gli standard in relazione agli spazi che si renderanno disponibili con il trasloco nel nuovo ospedale.</p> <p>L'attivazione dell'ASVAR è necessaria, è rivolta ad un bacino d'utenza regionale, deve essere attivata anche nelle more di una eventuale ristrutturazione ritenuta necessaria.</p> <p>Eventuali proposte di piani di ristrutturazione di spazi esistenti per adeguamento ai requisiti non devono essere in eccesso rispetto a quanto previsto dagli standard per i posti letto di ASAVR</p>

	(15mq per pl).
<p>Risultati al 31.12</p> <p>L'attivazione dei posti letto di ASAVR richiede l'effettuazione di interventi di adeguamento alla normativa per la prevenzione incendi che interessano l'intero padiglione 1, che al momento non ha trovato finanziamento.</p> <p>Per quanto riguarda le GCA, si è proseguito con l'attuazione del modello di trattamento interdisciplinare già attivato a partire da gennaio 2014, di cui al progetto operativo per l'attivazione della rete di Area Vasta udinese, condiviso dalla Conferenza di AV in data 30.12.2013, e al protocollo operativo "Presenza in carico riabilitativa nella fase semintensiva dei pazienti con GRACER", elaborato congiuntamente dall'ASS4 e dall'AOU (documenti inviati alla Direzione Centrale Salute con nota 874 del 9.1.2014).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

## OBIETTIVO DI AREA VASTA

**Linea 1.3.4.3 Salute Mentale****RETE Disturbi del Comportamento Alimentare**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)	Trasmissione alla DCSISPSF entro 31 dicembre 2014 degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e i dipartimenti di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano.

## Risultati al 31.12

Il documento redatto dalla DSCISSP nel 2012 con il gruppo di lavoro regionale per quel che riguarda l'area vasta non comporta modifiche strutturali.

Per la ASS4, fra il DSM e la Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza si è giunti ad un accordo per la "presa in carico condivisa" di alcuni casi (dai 15 ai 18 anni) che presentano comorbidità e verso i quali una stretta condivisione dei processi di cura potrebbero risultare più efficaci. Il trasferimento, rappresentato in ipotesi, dell'Ambulatorio Disturbi Comportamento Alimentare del DSM all'IMFR, se collocato in prossimità della Neuropsichiatria Infantile e dotato di spazi strutturali adeguati, potrebbe permettere l'avvio, anche sperimentale, di una semi-residenzialità dedicata a percorsi di cura e riabilitativi "post fasi acute" già trattate dalla Clinica Medica dell'AOU di Udine con la quale la collaborazione è già in atto e può dirsi stabilizzata. Dal mese di aprile 2014 si è avviato un gruppo di lavoro multidisciplinare (medici psichiatri, internisti, neuropsichiatri infantili, nutrizionisti, psicologi, specializzandi, infermieri, educatori e dietisti) presso la Clinica Psichiatrica dell'AOUUD sul tema LAVORO A RETE DCA ADULTI E DCA INFANZIA E ADOLESCENZA, percorso integrato di cura per la fascia di confine (16-18 anni), con i seguenti obiettivi di progetto:

<p>- reinterpretare il lavoro in rete in Area Vasta per rendere più efficace l'integrazione DCA adulti e DCA Età Evolutiva</p> <p>- progettare un percorso di cura per l'età di confine 16-18, ottimizzandone l'offerta.</p> <p>I servizi coinvolti in questo progetto sono: Clinica Psichiatrica e SOS di Nutrizione Clinica dell'AOU, Servizi per i DCA delle ASS 3, 4 e 5 (sia per adulti che per minori), il Servizio specialistico per i Disturbi alimentari di Portogruaro (VE) e l'Associazione "La Nostra Famiglia".</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>ANCHE SE SONO STATI PERSEGUITI I RISULTATI DI ATTIVITÀ, NON SONO PERVENUTI GLI ACCORDI FORMALIZZATI ALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE</b>

## OBIETTIVO DI AREA VASTA

**Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale**

Obiettivo aziendale Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Risultato atteso Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale
<p>Risultati al 31.12</p> <p>Nel corso del 2014 si è osservato un aumento in Area Vasta Udinese dei pazienti in trattamento con l'avvio a dialisi peritoneale di n° 11 nuovi pazienti, in linea con l'obiettivo atteso per il triennio.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Rete Demenze</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione della Rete di presa in carico nel settore delle demenze	Risultati attesi Partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione della rete regionale sulle demenze coordinato dalla programmazione regionale con il coinvolgimento delle aree sanitaria, dell'integrazione sociosanitaria, del settore farmaceutico e di vari professionisti messi a disposizione dalle aziende e adeguamento dei servizi assistenziali al nuovo modello organizzativo
<p><b>Risultati al 31.12</b></p> <p><b>OBIETTIVO STRALCIATO DALLA REGIONE CON DGR 2666/30.12.2014</b></p>	

<b>Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garantire che venga valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati per ogni affidamento programmato dalle Aziende e per ogni tipologia di procedure di gara (sotto o sopra soglia comunitaria, unificata per più Aziende o di interesse esclusivo).</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Per tutti gli affidamenti decisi dalle Aziende del SSR c'è l'evidenza che è stata valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati</p>
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Garantire che per gli affidamenti dove si è valutato possibile, vengano utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate</p>	<p>Per tutte le procedure di gara che non risultino unificabili vi è evidenza che è stato attuato, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dell'art. 5 della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006</p>
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Risultati al 31.12</p> <p>L'AOU ha aderito alla gara ID14SER009 bandita dal DSC con determinazione n. 82 del 11/02/2014. La gara è stata aggiudicata dal DSC con determinazione n. 749 del 17/09/2014 all'ATI Associazione Mediatori di Comunità Onlus, Associazione di Mediatori Culturali Interethnos Onlus e Associazione Circolo Aperto LPT di promozione sociale che ha presentato in sede di gara una proposta di progetto di inserimento di personale svantaggiato.</p>	

**Altre progettualità aziendali**

<b>Linea aziendale n. 2.1 Promozione della trasparenza e dell'integrità e prevenzione della corruzione</b>	
Obiettivo aziendale Promuovere livelli di trasparenza sempre maggiori secondo quanto indicato nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ex D.LGS. 33/2013	Risultato atteso Predisposizione piano triennale per la trasparenza e l'integrità. Aggiornamento della sezione Trasparenza del sito aziendale.
Risultati al 31.12 Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016 è stato approvato con decreto n. 66 del 30.1.2014. La sezione Trasparenza del sito è costantemente aggiornata.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Attuare quanto disposto dalla L. 190/ 2012 in materia di anticorruzione	Risultati attesi Aggiornamento e rivisitazione piano triennale della prevenzione della corruzione a seguito approvazione Piano Nazionale Anticorruzione (delibera C.I.V.I.T. n. 72/2013)
Risultati al 31.12 Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2015-2016 è stato approvato con decreto n. 66 del 30.1.2014.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% sul totale
2005(*)	9.282,2	9.183,8	9.183,8	99%
2006	4.083,0	4.050,4	4.050,4	99%
2007	-	-	-	-
2008	1.452,2	1.452,2	-	-
2009(*)	11.526,0	10.468,2	10.645,7	92%
2010(*)	8.573,6	7.247,4	7.448,9	87%
2011(*)	11.610,0	8.360,2	8.649,5	75%
2012	20.656,6	13.213,6	16.043,0	78%
2013	33,9	31,7	31,7	94%
2014	1.189,0	-	229,9	19%

(\*) Importi dei piani 2005, 2009, 2010, 2011 soggetti a riprogrammazione dei finanziamenti ex LR 27/2012, DGR 2262/2013.

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	4.398,3	4.376,4	785,8	1.711,5	2.051,8	228,1
2007	2.794,5	2.794,5	251,3	3.338,5	3.423,0	408,9
2008	1.158,1	1.115,6	178,5	5.608,9	5.056,4	593,4

(importi espressi in migliaia di euro)

## 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 30.06.2014	Avanzamento al 31.12.2014
Sostituzione server	varie	2006	150,0		-	-
Sistema hardware per laboratori	laboratorio	2006	300,0		-	-
Sistema autofluorescenza	pneumologia	2007	130,0		-	-
Sistema di informatizzazione delle sale operatorie		2009	360,0		-	-
Attrezzaggio (B)	Sala polifunz.	2010	120,0		in corso	in corso
Acquisti per progetto regionale PACS (C.)		2010	640,0		in corso	in corso
Cella frigo	Trasfusionale	2010	120,0		-	-
Allestimento di sale operatorie integrate - compresi pensili e scialitiche (B)	ss.oo.	2011	3.240,0		in corso	in corso
Tavoli operatori (B)	ss.oo.	2011	1.000,0		in corso	in corso
Apparecchi anestesia (B)	ss.oo.	2011	240,0		in corso	concluso
Arredi CUP - Pad.Ingresso (B)		2011	200,0		in corso	in corso
Gruppo radiologico digitale (A)	diagn imm	2011	240,0		in corso	in corso
Arredi generici	varie	2012	150,0		in corso	in corso
Carrelli serranda per sale operatorie		2012	100,0		in corso	in corso
Attrezzature informatiche		2012	610,0		in corso	in corso
Attezzaggio Nuovo Centro Dialisi		2012	300,0		avviato	concluso
Tecnologie sanitarie per allestimento del nuovo edificio ospedaliero (I e II lotto) e del centro servizi laboratori (B) II <sup>a</sup> parte:		2012			-	-
Travi Testaletto	Nuovo Ospedale	2012	741,5		in corso	concluso
Lavaendoscopi	Endoscopia N.O.	2012	150,0		-	-
2 TAC	Radiodiagnostica N.O.	2012	1.000,0		in corso	concluso
Gruppo Rx digitale	Radiodiagnostica N.O.	2012	400,0		in corso	concluso
Telecomandato digitale	Radiodiagnostica N.O.	2012	450,0		in corso	concluso
SPECT	Medicina Nucleare N.O.	2012	800,0		-	in corso
Congelatori Frigoriferi	Laboratori vari CSL	2012	570,0		in corso	concluso
Centrifughe varie	Laboratori vari CSL	2012	132,0		in corso	concluso
Contenitori criogenici vari	Laboratori vari CSL	2012	280,0		in corso	in corso
Microscopi vari (no confocale)	Laboratori vari CSL	2012	228,0		in corso	concluso
Incubatori vari	Laboratori vari CSL	2012	215,0		in corso	concluso
Microtomi	Laboratori vari CSL	2012	140,0		in corso	in corso
Stampante per biocassette e vetrini	Laboratori vari CSL	2012	162,5		in corso	concluso
Termocidatori vari	Laboratori vari CSL	2012	138,0		in corso	in corso
Robot per citofarmaci	Farmacia	2012	500,0		sospesa	sospesa
Sistema monitoraggio catena freddo CSL	laboratori vari	2012	180,0		in corso	in corso
Litotritore	Urologia	2012	500,0		-	-
Microscopio operatorio	Clinica Oculistica	2014	158,6		-	-
Gruppo radiologico digitale DR (sostituzione di analogico obsoleto)		2014	220,0		-	in corso
Ambulanze		2014	183,0		in corso	in corso
Attrezzature informatiche		2014	200,0		-	in corso

(importi espressi in migliaia di euro)

STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DEGLI INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI

	Piano 2003				Piano 2005 (*)				Piano 2006 (*)	
	Risorse regionali + Risorse proprie		risorse statali		Risorse regionali + Risorse proprie		risorse statali		Risorse regionali + Risorse proprie	
	7.706,6	%	16.473,8	%	2.192,2	%	2.065,9	%	4.431,7	%
Progettazione in corso		0,0%		0,0%	72,5	3,3%		0,0%	139,0	3,1%
Progettazione conclusa	1.323,0	17,2%		0,0%		0,0%	683,6	33,1%	36,0	0,8%
Cantiere in corso		0,0%	16.473,8	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Opera conclusa	6.383,6	82,8%		0,0%	1.241,2	56,6%	1.382,3	66,9%	2.184,8	49,3%
<b>Totale</b>	<b>7.706,6</b>	<b>100,0%</b>	<b>16.473,8</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.313,7</b>	<b>59,9%</b>	<b>2.065,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.359,8</b>	<b>53,2%</b>

	Piano 2007 (*)		Piano 2008 (*) (**)		Piano 2009 (*)		Piano 2010 (*)		Piano 2011 (*)	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	3.996,0	%	15.895,5	%	17.940,0	%	2.294,0	%	8.429,7	%
Progettazione in corso	913,4	22,9%		0,0%		0,0%		0,0%	4.320,0	51,2%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Cantiere in corso		0,0%	700,0	4,4%	7.737,1	43,1%	100,0	4,4%	980,0	11,6%
Opera conclusa	2.275,2	56,9%	10.916,1	68,7%	7.402,1	41,3%	1.879,2	81,9%	2.747,5	32,6%
<b>Totale</b>	<b>3.188,6</b>	<b>79,8%</b>	<b>11.616,1</b>	<b>73,1%</b>	<b>15.139,2</b>	<b>84,4%</b>	<b>1.979,2</b>	<b>86,3%</b>	<b>8.047,5</b>	<b>95,5%</b>

	Piano 2012		Piano 2013			Piano 2014(***)		
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		risorse statali	Risorse regionali + Risorse proprie		
	1.567,0	%	2.299,7	%	43.694,6	%	41.497,4	%
Progettazione in corso	700,0	44,7%	2.299,7	100,0%	43.694,6	100,0%	41.363,1	99,7%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%		0,0%	154,5	0,4%
Cantiere in corso		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Opera conclusa	867,0	55,3%		0,0%		0,0%		0,0%
<b>Totale</b>	<b>1.567,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.299,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>43.694,6</b>	<b>100,0%</b>	<b>41.517,6</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importi dei piani 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 soggetti a riprogrammazione dei finanziamenti ex LR 27/2012, DGR 2262/2013 e DGR 1322/2014.

(\*\*) Totale 2008 comprende anche i 650.000 € della Chiesa (non considerati nel consolidato preventivo 2009)

(\*\*\*) A seguito della DGR 1322/14 (consolidato preventivo 2014) l'Azienda ha quantificato le quote relative alla riprogrammazione degli investimenti ex LR 27/2012, DGR 2262/2013 e DGR 2672/2014 al netto delle spese già sostenute.

Nel bilancio consolidato consuntivo 2014 approvato dall'Azienda viene prevista, nei BMT di rilievo aziendale, una quota pari a 20,2 k€ per l'emergenza del virus Ebola, che però non può essere identificata come CCR di rilievo aziendale, per cui viene stralciata.

## STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato d'attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Nuovo Polo osp. udinese : Centrale tecnologica - laboratori - rete di teleriscaldamento	fondi statali + fondi regionali + cap. privato	129.448,3	89%	95%
Ospedale di Cividale Ristrutturazione e adeguamento (I lotto)	2008	6.000,0	0%	0%
Ristrutturazioni dei padiglioni del Polo ospedaliero udinese: '- Risanamento conservativo per l'adeguamento funzionale, strutturale ed impiantistico del padiglione n. 8 Nuove Mediche e miglioramento della sicurezza antincendio. Riqualificazione del 1° piano destinato alla SOC Nefrologia, Dialisi, e Trapianto renale e alla Soc Clinica Medica;  '- Risanamento conservativo per l'adeguamento funzionale, strutturale ed impiantistico del padiglione n. 7 Petracco. Riqualificazione spazi destinati alla SOC Clinica Ostetrica e Ginecologica - 1° lotto.	2011	3.500,0	0%	0%
Nuovo ospedale 3° lotto	2013	45.994,3	0%	0%
Riqualificazione del Polo Ospedaliero udinese: IV lotto	2014	35.311,0	0%	0%

## AZIENDA OSPEDALIERA "S. M. DEGLI ANGELI" DI PORDENONE

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro <u>31/7/2014</u> redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>- Anatomia patologica di area vasta</li> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> <li>- <u>Farmacia Ospedaliera e farmacia territoriale</u></li> <li>- Altro</li> </ul> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>a) Il documento con i progetti di riorganizzazione per Laboratorio di patologia clinica, Anatomia patologica e Servizio di radiologia su h 24 per area vasta è stato inviato alla DCSISPS dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG).</p> <p>Il documento relativo al progetto di riorganizzazione del servizio di Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale è stato inviato alla DCSISPS dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.07.2014 (prot. n.40327/DG).</p> <p>a) <u>Laboratorio di patologia clinica di area vasta</u></p> <p>La progettualità prevedeva il superamento del vincolo relativo al sistema informatico nonché la concentrazione a Pordenone dell'attività per esterni. Nel corso del 2014 non si è avviata la riorganizzazione in quanto la progettualità del sistema informatico è rimasta bloccata dal livello regionale (INSIEL) e dall'avvio del percorso di riforma del sistema sanitario regionale (requisiti/funzioni per Presidio).</p> <p><u>Anatomia patologica di area vasta</u></p> <p>Nel corso del 2014 si sono realizzati i seguenti percorsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. acquisti di reagenti e sistemi tramite capitolati condivisi con il CRO;</li> <li>5. referto anatomopatologico di Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica;</li> <li>6. eventi formativi ECM comuni.</li> </ol> <p><u>Servizio di Radiologia su h 24 su area vasta</u></p> <p>In data 7.8.2014 è stato deliberato con decreto del Direttore generale AOSMA l'atto n.207 che adotta il protocollo per la tele gestione degli esami radiologici convenzionali e TC senza contrasto all'interno dell'area vasta pordenonese e riguardante tutte le strutture afferenti all'Azienda.</p> <p>A partire dal 20 ottobre 2014 è stata avviata la guardia radiologica provinciale.</p> <p><u>Farmacia Ospedaliera e farmacia territoriale</u></p>	

Tutte le funzioni/attività identificate nel progetto di riorganizzazione, sono state avviate nel 2014 con l'unificazione presso la farmacia ospedaliera di Pordenone delle forniture personalizzate agli assistiti della provincia; centralizzazione della gestione dei recuperi economici per medicinali soggetti alle varie forme di rimborso e del monitoraggio dei consumi farmaceutici territoriali e ospedalieri; unificazione dell'attività di farmaco vigilanza e vigilanza sui dispositivi medici e definizione di percorsi di gestione terapeutica condivisa del paziente cronico anche attraverso formazione specifica tra ospedale, territorio e MMG.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>b) OBIETTIVO STRALCIATO (A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR)</b>

<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	
Obiettivo aziendale Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Risultato atteso Le Aziende entro <u>31/03/2014</u> dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Con nota prot. 17406/DG del 31.03.2014 l'ASS n. 6, in qualità di azienda capo fila, ha trasmesso alla Direzione Centrale della Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali la documentazione relativa a: - accordo di Area Vasta sul coordinamento attività formative in Area Vasta Pordenonese; - proposta di riorganizzazione delle funzioni sanitarie dell'Area Vasta Pordenonese; aggregazione di funzioni amministrative per Area Vasta.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti</b>	
Obiettivo aziendale Consolidamento delle attività svolte nel 2013 (Trattamento previdenziale, Gestione personale dipendente – concorsi, Gestione economico-finanziaria, Approvvigionamento e logistica, Fiscalità, Sviluppo albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta) e avviamento di ulteriori sinergie con le altre aziende di area vasta sul versante dei servizi amministrativi	Risultato atteso ( <u>modificato DGR 1322/2014</u> ) Nuovi progetti gestionali amministrativi a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014. b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano. <u>Trattamento previdenziale:</u> l'Ufficio unico, ormai rodato nella sua funzionalità, proseguirà le azioni

<p>centrali e periferici e ciò soprattutto nell'ottica di mettere in sicurezza attività che potrebbero essere pregiudicate dall'impossibilità di garantire il turn over.</p>	<p>nel 2014 con misure volte alla stabilizzazione dell'assetto organizzativo.</p> <p><u>Gestione personale-concorsi:</u> le Aziende, considerate le importanti sinergie raggiunte e i risultati conseguiti, perseguiranno tale obiettivo anche nel 2014 promuovendo procedure concorsuali in comune relativamente alle eventuali figure professionali di reciproco interesse che saranno individuate in corso d'anno.</p> <p><u>Gestione economico-finanziaria:</u> nel corso del 2014 le attività iniziate nell'anno precedente proseguiranno mettendo a regime il sistema centralizzato di recupero crediti in sofferenza.</p> <p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> proseguiranno nel 2014 le azioni volte alla stabilizzazione e all'affinamento delle attività correlate al Magazzino Unico presso l'Interporto di Pordenone (per i beni sanitari e non sanitari gestiti a scorta), con l'obiettivo di ridurre quanto più possibile problematiche connesse alle modalità di consegna dei materiali e alle tempistiche di esecuzione in rapporto alle specifiche esigenze dei diversi Presidi ospedalieri.</p> <p><u>Fiscalità:</u> il Servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area vasta e proseguirà in tale modalità per tutto l'anno 2014.</p> <p><u>Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:</u> Consolidamento a livello di area vasta pordenonese dell'Albo Fornitori, quale strumento propedeutico allo svolgimento dell'attività contrattuale di competenza aziendale (contratti di fornitura di beni e servizi di valore inferiore a € 40.000) e documentazione correlata.</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale</p> <p>Il documento con la predisposizione di un piano per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative è stato inviato alla DCSISPS dalla Direzione Generale della ASS6 in data 31.03.2014 (prot. n. 17406/DG).</p> <p>In data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG) è stato comunicata alla DCSISPS il documento relativo al completamento dei progetti avviati negli anni precedenti, realizzato nel primo semestre (armonizzazione delle funzioni amministrative delle strutture Politiche e gestione delle risorse umane, collaborazione nell'ambito delle strutture Programmazione e controllo, collaborazione nell'ambito delle strutture Assistenza farmaceutica).</p> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano</p>	

Con deliberazioni n. 199 del 16.6.2014 dell'ASS6 e n. 145 del 18.06.2014 dell'AOSMA, è stato nominato un unico responsabile per l'incarico di Direttore della SC Politiche e Gestione delle Risorse Umane presso le due Aziende al fine di dare attuazione all' aggregazione delle funzioni amministrative di area vasta per l'ufficio Personale.

Nello specifico, si è provveduto a predisporre una procedura unificata per:

- la costituzione e monitoraggio dei fondi contrattuali,
- la richiesta degli assegni nucleo familiare
- l'applicazione del credito di cui al D.L. 66 del 24.4.2014 convertito con modificazioni in Legge 23 giugno 2014, n. 89.

Dal mese di novembre le due strutture sono state riunite presso un'unica sede, portando a compimento l'aggregazione delle funzioni amministrative in anticipo rispetto alla creazione della nuova Azienda frutto della fusione dell'ASS6 e dell'AOSMA a far data dal 01/01/2015.

Oltre alla nomina di un unico Direttore della Struttura "Politiche e Gestione delle Risorse Umane" è stato individuato un unico responsabile dell'Assistenza farmaceutica. Nell'ultimo trimestre 2014, a seguito del collocamento in aspettativa, ai sensi dell'art. 23 bis del D.Lgs. 165/2001 s.m.i., del dirigente ex ASS6 con funzioni di responsabile del servizio del Provveditorato-Economato, si è di fatto rafforzata la collaborazione con AOSMA individuando con deliberazione del Direttore Generale ASS6 n. 392/2014 quale coordinatore responsabile il Dirigente Amministrativo titolare dell'analogia struttura presso l'AOSMA.

#### Trattamento previdenziale

Nel corso del 2014 si sono consolidate le procedure di unificazione delle funzioni aventi carattere previdenziale/ pensionistico per l'area vasta pordenonese con capofila l'ASS6.

In questi anni l'ufficio ha omogeneizzato le procedure e la modulistica, stabilizzato il suo assetto organizzativo e rafforzato la sinergia degli uffici di front office per il bacino d'utenza per la Provincia di Pordenone.

L'Ufficio Unico, con le proprie sinergie, ha garantito tutte le funzioni previste e ha collaborato con la sede INPS di Pordenone Gestione Dipendenti Pubblici per verificare ed incrementare la banca dati relativa ai dipendenti alla luce dell'invio da parte dell'INPS stesso di un estratto contributivo ad ogni iscritto.

#### Gestione personale-concorsi

Nel PAL 2014 si era condiviso di avviare una unica procedura concorsuale riferita al profilo di infermiere individuando quale Azienda capofila l'azienda Ospedaliera di Pordenone.

A seguito dell'iter normativo che ha portato alla approvazione della L.R. 17 del 16.10.2014 (Riordino del SSR) con l'istituzione, tra l'altro, dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi, la procedura concorsuale è stata bloccata in quanto di competenza del nuovo ente, come confermato dalle linee di gestione per l'anno 2015.

In ambito di Area Vasta è proseguita la riorganizzazione gestionale delle procedure per l'acquisizione del personale maggiormente richiesto sul mercato del lavoro sanitario, con l'utilizzo in comune delle graduatorie in corso di validità (OSS – Infermieri – Ostetriche etc). Le aziende sono intervenute direttamente presso le sedi richieste al fine di favorire l'espletamento delle procedure concorsuali in atto e per il loro completamento.

Nella seconda parte del 2° semestre 2014 A.S.S. 6 è intervenuta anche nelle procedure di assunzione direttamente effettuate da AOSMA, in un'ottica di collaborazione per quanto in fase

<p>di attivazione dalla Legge Regionale 17/2014 (Riordino del SSN Regionale).</p> <p><u>Gestione economico-finanziaria:</u> Nel 2014 è proseguito il sistema centralizzato di recupero crediti coattivo in Area vasta, gestito da AOSMA.</p> <p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> La gestione documentale riguardante le forniture provenienti dal Magazzino Unico presso l'Interporto di Pordenone, rivisitata nel corso del primo semestre 2014, è stata portata a completo regime entro il 31.12.2014.</p> <p><u>Fiscalità:</u> Il servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area Vasta ed è proseguito in tale modalità anche per il 2014.</p> <p>AOSMA ha conferito un incarico professionale di durata annuale per conto delle Aziende dell'Area vasta pordenonese con decreto del DG n. 8 del 13.01.2014.</p> <p><u>Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area vasta:</u> Con determina n. 345 del 6/3/2013 (ASS6) era stato approvato l'elenco dei fornitori di beni e prestatori di servizi iscritti all'Albo fornitori e prestatori di servizi dell'area vasta pordenonese (301 imprese); con successive determinazioni mensili tale elenco è stato aggiornato di volta in volta con i nominativi dei nuovi iscritti (per complessivi 528 fornitori a fine 2014).</p> <p>Vengono costantemente aggiornati i dati anagrafici delle imprese iscritte e i relativi i documenti amministrativi (DURC, visure camerali, antimafia) delle imprese iscritte e di quelle che, pur non avendo fatto istanza di iscrizione all'Albo, vengono anch'esse gestite nel data-base ai fini amministrativi e contabili avendo le stesse rapporti di fornitura/prestazioni con le aziende dell'area vasta pordenonese; (complessivamente 1721 imprese).</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>

1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale rafforzare la co-progettazione delle attività formative nelle aree di intervento individuate</p>	<p>Risultato atteso evidenza delle attività co-progettate</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>Nel corso dell'anno 2014 si è data attuazione all'Accordo di Area Vasta sul coordinamento delle attività formative sottoscritto in data 31 marzo 2014 (trasmesso alla Direzione Centrale della Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali con nota prot. 17406/DG del 31.03.2014 ASS n. 6, in qualità di azienda capo fila), in particolare con la predisposizione di Piani Formativi che definiscono le aree e le tematiche oggetto di progettazione condivisa coerente con le priorità strategiche di area vasta. Sono state organizzate le seguenti attività co-progettate tra i servizi formazione di AOSMA, ASS6 e IRCSS- CRO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internet e Sanità: strumenti di ricerca e criteri di selezione delle fonti. Repertori di linee guida</li> </ul>	

<p>(riconducibile all'area "banche dati biomediche").</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La ricerca sul farmaco e prontuario farmaceutico di area vasta. Accesso alla banca dati terap e aggiornamenti sulla nuova versione ( riconducibile all'area "banche dati biomediche").</li> <li>- Pubmed di base: strategie di interrogazione della banca dati e recupero del Full-Text dell'articolo (riconducibile all'area "banche dati biomediche").</li> <li>- Formazione al ruolo di tutor clinici per infermieri appartenenti all'équipe denominata "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti ( riconducibile all'area "tutorship") in due edizioni.</li> <li>- La tutorship esperta nel modello "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti infermieri in due edizioni ( riconducibile all'area "tutorship").</li> <li>- Gestione delle lesioni cutanee e utilizzo della terapia a pressione negativa: indicazione di buona pratica ed esiti assistenziali (riconducibile all'area delle "sicurezza del paziente").</li> <li>- Ematologia per il Pediatra (riconducibile all'area dei "percorsi diagnostico assistenziali").</li> <li>- Il laboratorio e il pediatra (riconducibile all'area dei "percorsi diagnostico assistenziali").</li> <li>- La presa in carico domiciliare del paziente HIV sintomatico (riconducibile all'area delle "sicurezza del paziente").</li> <li>- Le cure palliative. Problematiche Clinico-Assistenziali e relazionali ( riconducibile a percorsi diagnostici assistenziali concordati).</li> <li>- Il paziente diabetico in ospedale: alla ricerca di un profilo di curva condiviso ( riconducibile a percorsi diagnostici assistenziali concordati).</li> <li>- I volti della violenza: strategie di riconoscimento e di gestione per operatori sanitari ( riconducibile a aspetti relazionali/assistenziali in area di emergenza).</li> <li>- Generare comunità, abitare le istituzioni (riconducibile a Crisi economica, salute ed equità).</li> </ul> <p>Sono stati organizzati in tema di anticorruzione trasparenza 4 eventi formativi nel corso del mese di giugno che si sono replicati a settembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimento amministrativo e diritto d'accesso</li> <li>- Legge 190/2012 Anticorruzione</li> <li>- Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dei dipendenti dell'Azienda sanitaria</li> <li>- Disposizioni in tema di trasparenza della pubblica amministrazione</li> </ul> <p>Si è organizzato un corso in due edizioni: Formazione settore acquisti di beni, servizi e tecnologie</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: - G2 Clinico >80% del totale dei referti - Laboratorio e microbiologia > 80% del totale dei referti

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicina trasfusionale &gt;80% del totale dei referti</li> <li>- Anatomia patologica &gt;95 % del totale dei referti</li> <li>Radiologia &gt; 80% del totale dei referti</li> </ul>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>Nel periodo luglio-dicembre sono stati firmati digitalmente il 69,16% (=164004/237144) dei referti inseriti in G2 clinico. Il dato relativo al G2 cinico è collegato al ritardo dell'informatizzazione di alcune specialità (es. pneumologia).</p> <p>Medicina trasfusionale = 95,47% (G2)</p> <p>Radiologia PN = 98,27% (G2)</p> <p>Radiologia SV SP = 99,85% (G2)</p> <p>Laboratorio e microbiologia = 98,12% (altro applicativo)</p> <p>Anatomia Patologica = 100% (APSYS)</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>E' stato assicurato il rispetto del debito informativo.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =&gt;95%</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>L'attività è mantenuta.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso</li> <li>2.Recepimento del regolamento ex art. 20.</li> </ol>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>Nel l' 2014 sono stati acquisiti n. 95.122 consensi privacy.</p> <p>Per quanto riguarda il regolamento ex art. 20 codice privacy, non si è provveduto al recepimento,</p>	

non essendo ancora stato approvato il regolamento regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE</b> <b>REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso: Attivazione entro la fine del 2014
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Nei presidi ospedalieri di Spilimbergo e San Vito è attiva in cardiologia (per visita e ECG) ed in radiologia (per tutte le prestazioni) Quasi completa l'attivazione nelle strutture dell'ospedale di Pordenone (tranne la visita per terapia del dolore e allergologia).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso: Gli esami sono disponibili nel repository regionale
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Gli esami ecocardiografici della Cardiologia di Pordenone e della Cardiologia di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo vengono correttamente archiviati sul PACS.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.	Risultato atteso: Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Sono state svolte tutte le attività di archivio delle immagini ecografiche ostetriche e ginecologiche secondo quanto concordato con il DSC (referente del progetto regionale).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p>Obiettivo aziendale: Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.</p>	<p>Risultato atteso: Le aziende collaborano con il DSC alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG.</li> <li>- verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.</li> <li>- valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</li> </ul> <p>individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014 Al DSC è stato inviato un documento dell'attività attualmente svolta in azienda. Non è ancora iniziata l'attività di coordinamento da parte del DSC.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b></p>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1 Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Si rimanda alla relazione di area vasta sui tempi attesa.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Si rimanda alla relazione di area vasta sui tempi attesa.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Le Aziende di Area Vasta hanno approvato già dal 2011 un regolamento attuativo che definisce modalità e percorsi comuni in caso di superamento dei limiti di tempo previsti per le prestazioni di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. n. 7 del 6.4.2009, così come elencate nelle Linee per la Gestione 2011. Il regolamento, rivisto anche nel dicembre 2014, prevede che al momento della prenotazione presso gli sportelli CUP, nel caso di mancato rispetto dei tempi di attesa indicati vengono rilasciati al paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la prenotazione effettuata che non rispetta il tempo previsto con il rinvio al medico curante per la rivalutazione del caso.</li> <li>• un modulo prestampato e firmato dall'operatore CUP che certifichi la non disponibilità in area vasta di sedi rispondenti ai tempi massimi indicati completo di una nota informativa specifica per i diritti dei cittadini collegati alla mancata prenotazione.</li> </ul> Nel caso di prenotazione telefonica, le stesse informazioni vengono trasmesse verbalmente e comunque l'utente viene invitato a rivolgersi al punto CUP più vicino per la stampa del certificato e della informativa scritta sui diritti del cittadino e il promemoria dell'appuntamento che non	

<p>rispetta il tempo previsto.</p> <p>L'aggiornamento delle prestazioni rimborsabili è stato rinviato in accordo anche con altre aziende regionali in attesa di indicazioni regionali sulle possibili ricadute gestionali non ancora valutate.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 (<math>\pm 5\%</math>).</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>Il rapporto ALP/AIST è in continuità.</p> <p>Ambulatoriale 2013 - 2014</p> <p>2013: 38683 / 3483995 = 1,11%</p> <p>2014: 41951 / 3435956 = 1,22%</p> <p>Ricoveri 2013 - 2014</p> <p>2013: 38 / 37816 = 0,10%</p> <p>2014: 19 / 35863 = 0,05%</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi.</p> <p>Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>I dati sono stati trasmessi secondo la tempistica prevista dalla Regione nel mese di aprile.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>Sono state predisposte, secondo la tempistica regionale, le agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità per le visite nelle seguenti specialità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatologia</li> </ul>	

- Otorino
- Oculistica
- Ortopedia
- Urologia

per criterio di priorità per le visite e esami strumentali nella specialità di Gastroenterologia.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
Obiettivo aziendale: Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso: Vedi tabella indicatori LEA
SITUAZIONE AL 31.12.2014 I risultati sugli screening regionali: 1. Screening Mammella (% di donne per cui l'esito finale del G2 clinico è disponibile entro 30 giorni (almeno 90%))- anno 2014: AOSMA = 97,09% 2. compilazione cartella endoscopica (95% campi fondamentali) - anno 2014: AOSMA = 97,26% 3. Screening colon-retto - anno 2014: AOSMA = 100% (129 casi di ritardi sono stati giustificati per motivi non dovuti a mancanza di posti disponibili nella struttura ma per esigenze dell'utente)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Per le aziende con l'unità senologica: Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Risultato atteso: Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Nell'anno 2014 la percentuale di early recall per unità senologica è stata pari al 2,04%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
Obiettivo aziendale: Individuazione di una modalità uniformi di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso: Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Il Medico Competente di AOSMA, ha partecipato alle riunioni del Coordinamento Regionale dei Medici Competenti delle Aziende Sanitarie del FVG. Sono state approvate le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b>	
Obiettivo aziendale Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione: - promozione dell'allattamento al seno	Risultato atteso: Evidenza della attuazione dei programmi di: allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Nell'anno 2014, la percentuale di allattamento esclusivo al seno è: 82,33% a Pordenone e 86,15% a S.Vito (dati portale SISSR).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza</b>	
Obiettivo aziendale Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Risultato atteso: Effettuazione delle rilevazioni Obesità in Gravidanza come da indicazioni regionali
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Il professionista individuato ha partecipato alle attività definite a livello regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b>	
Obiettivo aziendale: Formare i professionisti	Risultato atteso: Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 E' stata data adesione all'iniziativa regionale coordinata dal Centro Cardiovascolare di Udine, con messa a punto di FAD (formazione a distanza) per gli operatori sanitari.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoetine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- viene assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</li> </ol>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. All'interno del PTAV, per le diverse classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF sono presenti prevalentemente principi attivi inseriti nelle liste di trasparenza. Sono stati effettuati incontri con le SOC maggiormente coinvolte (Oncologia, Nefrologia, Neurologia, Oculistica) per analizzare i comportamenti prescrittivi.</li> <li>2. La commissione del PTAV ha stabilito la bioequivalenza fra prodotti originator e biosimilari. Le prescrizioni di medicinali originator devono essere supportate dalla compilazione di un modulo attestante che il farmaco è indispensabile e insostituibile. Dal controllo sulle prescrizioni in DPC risulta che nel 2014 la % di epoetina biosimilare erogata (consumi) è passata dal 4% nel 1° trimestre al 10% nel 4° trimestre e per quanto riguarda il filgrastim è passata dal 77% all'80%. Per quanto riguarda i consumi del primo ciclo erogato dall'Azienda Ospedaliera di Pordenone la % di epoetina biosimilare erogata è passata dal 28% nel 1° trimestre al 44% nel 3° trimestre e per</li> </ol>	

<p>quanto riguarda il filgrastim è passata dal 83% all'95% (dati disponibili fino al 3° trimestre 2014).</p> <p>3. E' mantenuta la distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica utilizzando il sistema PSM.</p> <p>4. Sono stati adottati i percorsi definiti a livello regionale per la prescrizione dei medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO (4/7)</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</p> <p>2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</p> <p>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</p> <p>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</p> <p>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e</p>

	percentuali, per ASS di residenza del paziente.
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutte le prescrizioni di medicinali soggetti a registro AIFA avvengono nel rispetto delle indicazioni prefissate effettuando le registrazioni di tutti i dati richiesti.</li> <li>2. In occasione del cambio dei componenti della commissione del PTAV (ultima riunione maggio 2014), saranno ridefiniti i compiti della segreteria scientifica al fine di fornire alla commissione dati farmaco-economici e di budget impact che consentano la definizione di protocolli d'utilizzo. Nelle more della nomina dei membri della commissione, le richieste di nuovi farmaci sono valutate singolarmente dal punto di vista della coerenza con le indicazioni terapeutiche, del confronto con il costo della terapia in uso precedentemente e l'autorizzazione da parte della direzione medica di presidio.</li> <li>3. Compilazione cartella oncologica (obiettivo raggiunto se per il 95% dei nuovi pazienti trattati è presente il 95% delle informazioni previste nei quattro campi fondamentali) anno 2014: AOSMA = 95,84%.</li> <li>4. I flussi informativi sono trasmessi regolarmente, in particolare, quelli della distribuzione diretta, prevedono la copertura della fase 3 (con attribuzione del codice fiscale del paziente).</li> <li>5. I file F è stato implementato con i dati relativi ai pazienti extra regionali</li> </ol>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>2. <b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (PRONTUARIO AREA VASTA)</b></li> <li>3. <b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (CFR. COPERTURA SAN VITO/SPILIMBERGO)</b></li> <li>4. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>5. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> </ol>

<b>Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici</li> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi</li> </ul>

	<p>sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</li> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> <li>- Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nel perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> </ul> <p>Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>E' stata mantenuta l'attività relativa al programma del rischio clinico regionale secondo le indicazioni e trasmessi i dati secondo le scadenze concordate.</p> <p>Sono stati individuati i professionisti disponibili per le valutazioni esterne e i nominativi trasmessi al livello regionale.</p> <p>Al fine di facilitare la raccolta uniforme dei dati, è stato revisionato il database e reso disponibile on-line. E' stata effettuata la formazione sulla raccolta dei dati e sull'uso dello strumento elettronico.</p> <p>L'attività di monitoraggio sulla completezza del FUT viene mantenuta e i dati raccolti inviati al referente per il R. Clinico regionale. Le UO ricevono periodicamente i dati raccolti al fine di valutare la propria compliance e implementare azioni di miglioramento collegate agli obiettivi di budget.</p> <p>L'azienda ha inviato i dati aziendali per il progetto regionale sulla polifarmaco terapia nell'anziano come da indicazioni.</p> <p>Si continua a monitorare il corretto utilizzo degli antibiotici per la profilassi perioperatoria.</p>	

L'Azienda partecipa attivamente alle attività del progetto Antimicrobial stewardship. Il Comitato Infezioni aziendale implementa tempestivamente quanto di competenza.

Gli standard di sicurezza vengono rispettati come da indicazioni ministeriali/nazionali: si alimenta il sito sugli eventi sentinella secondo le raccomandazioni ministeriali ed è stato sensibilizzato il personale rispetto all'obbligo di segnalazione degli stessi. Nel 2014 è stato segnalato 1 evento sentinella relativo a "Morte o grave danno imprevisti conseguenti ad intervento chirurgico".

E' stato condiviso con l'ASS6 il protocollo sulla prevenzione del rischio di suicidio in ambiente ospedaliero.

Per le LdP (Lesioni da Pressione) e la prevenzione del rischio cadute sono stati individuati dei referenti nei presidi dell'azienda che si occupano dell'implementazione delle nuove LG regionali, della formazione del personale, della raccolta dei dati di monitoraggio. In occasione dell'indagine di prevalenza sulla LdP è stata effettuata una raccolta dati sull'impiego dei mezzi di contenzione.

L'attività non è stata avviata a livello regionale.

Considerato l'aumento delle denunce per danni conseguenti a intervento chirurgico, la S.C. Affari Generali Legali insieme alla S.C. Programmazione Controllo Qualità Accreditamento e Risk Management in collaborazione con la Direzione Medica ha realizzato una serie di incontri con i Responsabili dei reparti maggiormente coinvolti al fine di adottare le misure preventive per ridurre il numero di denunce.

L'Azienda partecipa al gruppo di lavoro regionale.

Si è partecipato alle attività regionali per il coinvolgimento dei cittadini sui temi della sicurezza.

L'AOSMA ha costituito con decreto n.5/2014 un gruppo di lavoro per il progetto nazionale di ricerca "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino". L'equipe è composta da rappresentanti dell'azienda ospedaliera e da volontari afferenti a diverse associazioni di volontariato; la rilevazione si è svolta nel periodo dicembre 2013 – gennaio 2014 ed ha previsto 4 incontri della durata di circa 3 ore ciascuno.

Al fine di realizzare l'handbook, su indicazioni del gruppo rischio clinico regionale, sono stati costituiti dei gruppi di lavoro per l'elaborazione dei primi fogli informativi per gli utenti: preparazione alla visita e farmaci. L'handbook sarà completato nel corso del 2015.

Nel 2014 sono stati svolti 10 corsi in materia di: responsabilità sanitaria, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, buone pratiche in ambulatori di cardiologia.

Nelle schede di budget sono inseriti obiettivi di miglioramento di alcuni indicatori PNE (fratture di femore intervento entro 48h, parti cesarei)

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

<b>Linea 1.3.3.3 Accreditamento</b>	
Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	Modifica DGR 2666/2014 Risultato atteso: - Prosecuzione del programma di accreditamento Redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento
SITUAZIONE AL 31.12.2014	

Nel 2014 è stato accreditato a pieno titolo il Servizio Immunotrasfusionale per tutte le sedi aziendali.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> ALLE ASS ERA RICHIESTA ANCHE LA MESSA A DISPOSIZIONE DEI PROFESSIONISTI VALUTATORI PER LE ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, ANCHE QUESTO RISULTATO, NON ESPLICITATO, È STATO RAGGIUNTO.

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento;</li> <li>- Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica (con l'individuazione di specialisti all'interno delle strutture);</li> </ul> <p>Aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare; (con ampliamento alle strutture meno interessate alla prescrizione)</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>Sono proseguiti il monitoraggio dell' applicazione del regolamento di Area Vasta e l'aggiornamento dell'elenco dei prescrittori.</p> <p>In data 15.12.2014 con prot. n. 33386/DMO è stato trasmesso all'INSIEL e per conoscenza all'ASS6 l'elenco, aggiornato dei medici identificati per la prescrizione della protesica personalizzata.</p> <p>Sono stati svolti incontri con gli uffici dell'assistenza protesica ASS6 finalizzati alla definizione di regole comuni su specifiche categorie di dispositivi personalizzati.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate nel corso dell'anno</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> </ul> <p>Eventuale adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p>	

Non risultano emanate da parte della DCSISSPS le procedure operative per l'applicazione delle linee guida sui singoli dispositivi protesici. Specialisti di AOSMA hanno partecipato con la direzione aziendale ASS6 alla costituzione di un gruppo tecnico dedicato all'assistenza protesica che valuterà, anche con attività di benchmarking, l'adozione di linee guida su specifiche categorie di dispositivi personalizzati (es plantari e calzature)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> SONO STATE TRASMESSE LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) CHE DOVEVANO ESSERE IMPLEMENTATE NEL 2014

<b>Linea 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Modifica DGR 2666/2014 Risultato atteso: Prosecuzione dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.
E' stata garantita la disponibilità dei professionisti alla partecipazione dei tavoli tecnici.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Obiettivo aziendale CRT: Ottimizzazione della funzionalità e monitoraggio della Rete regionale trapianti (direttiva europea 45/2010 e documento conferenza stato regione ottobre 2011).	Risultato atteso: -pronta disponibilità infermieristica nei tre centri prelievo (Udine, Trieste e Pordenone). -Applicazione dei nuovi standard di operatività dei coordinamenti locali
SITUAZIONE AL 31.12.2014 E' presente un turno mensile di reperibilità infermieristico h 24 con copertura quasi completa.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	- Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >39%.

SITUAZIONE AL 31.12.2014 Implementato il registro dei decessi per lesione cerebrale acuta; eseguito mensilmente (Donor Manager) Attualmente rapporto accertamento morte/decessi gravi celebrosioni : 11/26 = 42%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Sono stati prelevati: - 54 tessuti corneali - 9 prelievi multi tissutali (osteo-tendineo, vasi, cartilagini, cute) - 0 tessuti vascolari - 4 tessuti ossei Non è ancora stato reso disponibile il modulo per la valutazione di idoneità per le cornee che dovrebbe essere compilato dal medico di reparto al momento del decesso.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Come da Delibera regionale n°594 del 28 marzo 2014 è attivo il percorso per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo che individua i referenti medici ed infermieristici e delle associazioni dei parenti (comitato regionale trapianti). Partecipazione del coordinatore locale e di 2 infermiere di coordinamento al gruppo di lavoro Regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.7 Piano Sangue : AO PN</b>	
Obiettivo aziendale: Piena funzionalità del Centro Unico Produzione Emocomponenti presso la SOC di Medicina Trasfusionale di Palmanova con assorbimento della funzione delle strutture del Dipartimento Trasfusionale Pordenonese.	Risultato atteso: entro il 30.09.2014 il sangue intero raccolto nel territorio dei dipartimento dell'area vasta pordenonese è frazionato presso la SOC di Palmanova.
<b>SITUAZIONE AL 31.12.2014</b> <b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666/2014</b>	
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Mantenimento dell'attività di raccolta sangue territoriale secondo un calendario unitario regionale concordato con il Coordinamento

	Regionale Trasfusionale e le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue; mantenimento della convenzione attiva con la regione Lazio per il volume concordato di 1800 unità di emazie concentrate.
SITUAZIONE AL 31.12.2014 L'attività è stata mantenuta anche per quanto riguarda la fornitura alla Regione Lazio.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Accreditamento della struttura aziendale	Risultato atteso: Mantenimento dell'accreditamento della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Nel 2014 è stato accreditato a pieno titolo il Servizio Immunotrasfusionale per tutte le sedi aziendali.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone con la seguente suddivisione - AV. Giu.lisontina per le neoplasie della mammella - AV. Udinese per le neoplasie del polmone - AV. Pordenonese per le neoplasie del colon retto	Risultati attesi Le tre aree vaste svilupperanno: -Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale- organizzativa e quella percepita dall'utente); -Entro il 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale; -Entro il 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e condivisione delle esperienze fra le aree vaste
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Concluso il documento metodologico per la costruzione del PDTA di Area Vasta delle neoplasie del colon retto, con l'analisi dei costi e degli indicatori richiesti. Inviato alla DCS con lettera del DG dell'ASS6 Prot. n° 34189/DG del 30/6/2014. Era prevista l'adozione del documento completo nel 2° semestre dell'anno, dopo l'integrazione con la componente clinica e gestionale; variazioni organizzative e di organico intercorse, non hanno permesso la conclusione del percorso.	

La conferenza di consenso regionale per la condivisione delle esperienze di Area Vasta non è stata organizzata dal livello regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Patologica cardiovascolare: Avvio della rete delle emergenze cardiovascolari	Partecipazione avvio della rete delle emergenze cardiovascolari
<b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR 2666/2014</b>	

<b>Linea 1.3.3.9: Percorso nascita</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>-Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio – Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).</p> <p>-Attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari, qualora i livelli di sicurezza previsti dai provvedimenti nazionali e regionali non possano essere garantiti</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>E' stata garantita la partecipazione ai lavori della commissione.</p> <p>I due punti nascita stanno lavorando sulla stesura di protocolli comuni di gestione della gravidanza fisiologica e non.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO 2.OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.10 Malattie rare</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.</p>	<p>Risultati attesi:</p> <p>Per le Aziende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche)</li> </ul> <p>Segnalazione di tutte le nuove diagnosi</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p>	

<p>E' stato individuato il referente aziendale. L'azienda ha collaborato alle attività regionali.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.11 Diabete</b>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale. Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale. Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> <li>- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</li> </ul> <p>Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione. Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014 E' stata mantenuta la disponibilità degli operatori a garantire il supporto a gruppi di lavoro attivati dalla Direzione Regionale</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA	Risultato atteso: <u>Per l' Area Vasta Pordenonese:</u> 1.Utilizzo a regime in ogni area vasta dei 10 posti letto dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP), come programmato nel 2013. 2. <u>Utilizzo a regime delle schede di rete previste e adeguamento della dotazione di risorse in relazione agli standard previsti per la riabilitazione e/o estensiva</u>
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Vedasi consuntivo ASS6.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 2.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronic-degenerative: continuità assistenziale</b>	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer	Risultati attesi: Ottimizzazione dei percorsi per la presa in carico di persone con disturbi cognitivi
SITUAZIONE AL 31.12.2014 E' mantenuta l'attività dell'ambulatorio per i disturbi cognitivi.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Risultato atteso: Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale
SITUAZIONE AL 31.12.2014 Al 31/12/2014 i soggetti in terapia dialitica peritoneale seguiti erano 34 su 205 pazienti in trattamento dialitico ( valore percentuale della dialisi peritoneale 17%).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate</b>	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013 Garantire che per gli affidamenti dove si è	Risultati attesi Per tutte le procedure di gara che non risultino unificabili vi sarà evidenza che sarà attuato, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dell'art. 5

<p>valutato possibile, vengano utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.</p>	<p>della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006</p> <p>In tutti gli affidamenti "sopra soglia comunitaria" dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, verranno utilizzate le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la possibilità di accesso alla gara solo per le ditte che si impegnino a realizzare il 30% di inserimenti lavorativi sul totale della forza lavoro complessivamente impiegata nel servizio;</li> </ul> <p>un punteggio per la valutazione dei progetti di inserimento lavorativo non inferiore al 10% del punteggio complessivo di offerta previsto.</p>
<p>SITUAZIONE AL 31.12.2014</p> <p>Nel corso del 2014, nelle more della riforma del Servizio Sanitario regionale, l'attività contrattuale dell'Azienda, condivisa con il DSC, non ha dato corso a nuovi procedimenti di affidamento di servizi. Tuttavia, i provvedimenti di reiterazione dei contratti, scaduti in corso d'anno, hanno mantenuto l'applicazione della clausola sociale di cui alla legge 381/91.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% sul totale
2006	160,0	160,0	160,0	100%
2007	-	-	-	-
2008	-	-	-	-
2009	8.114,2	7.880,0	8.114,2	100%
2010	4.478,6	4.146,5	4.223,9	94%
2011	3.360,0	2.699,5	3.037,1	90%
2012	2.413,7	2.244,3	2.413,7	100%
2013	761,8	286,4	701,5	92%
2014	1.860,2	-	751,3	40%

ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	605,0	583,0	89,0	1.655,0	1.655,0	151,0
2007	1.388,0	1.107,0	153,7	940,0	968,0	121,0
2008	656,0	537,0	58,8	889,0	893,0	112,0

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 30.06.2014	Avanzamento al 30.06.2014
Risonanza magnetica (A)		2010	240,0		-	in corso
Dispositivi di lavaggio e sterilizzazione		2010	100,0		in corso	concluso
TAC	Radiologia - S.Vito	2014	527,0		-	concluso
Postazioni informatiche e reti	Vari	2014	250,0		-	in corso
Attrezzature SPP	Vari	2014	100,0		-	concluso
Risonanza Magnetica (quota integrativa)	S.Vito	2014	500,0		-	in corso
Travi testaleto	S.Vito	2014	175,7		-	concluso

STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 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	14,5	0,2%		0,0%		0,0%	695,0	23,8%
Progettazione conclusa	1.986,7	23,2%	1.452,9	69,8%	772,0	30,4%		0,0%
Cantieri in corso		0,0%		0,0%	60,0	2,4%	78,0	2,7%
Opera conclusa	6.564,3	76,6%	629,1	30,2%	1.707,1	67,2%	2.153,0	73,6%
<b>Totale</b>	<b>8.565,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.082,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.539,1</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.926,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2010		Piano 2011(*)		Piano 2012		Piano 2013	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	15.058,0	%	3.345,0	%	1.100,0	%	20.000,0	%
Progettazione in corso		0,0%	520,0	15,5%		0,0%	19.075,0	95,4%
Progettazione conclusa	9.240,0	61,4%	115,8	3,5%		0,0%	925,0	4,6%
Cantieri in corso	680,0	4,5%	1.695,0	50,7%	1.000,0	90,9%		0,0%
Opera conclusa	5.138,0	34,1%	1.014,2	30,3%	100,0	9,1%		0,0%
<b>Totale</b>	<b>15.058,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.345,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.100,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>20.000,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2014	
	Risorse regionali	
	1.069,9	%
Progettazione in corso		0,0%
Progettazione conclusa		0,0%
Cantieri in corso	609,5	57,0%
Opera conclusa	460,4	43,0%
<b>Totale</b>	<b>1.069,9</b>	<b>100,0%</b>

(\*) Importo del piano 2011 soggetto a riprogrammazione del finanziamento ex LR 27/2012 art. 8, DGR 1322/2014

STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato di attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Ospedale di S.Vito al T. - Rifacimento rete fognaria	2004	400,5	0%	0%
Ospedale di S.Vito al T. - III lotto	2010	9.000,0	0%	0%
Ospedale di Pordenone - Interventi logistici e organizzativi necessari per l'esercizio delle funzioni nel periodo transitorio	2009/2010	4.000,0	85%	95%
Costruzione nuovo ospedale di Pordenone (l quota di finanz.)	2013	20.000,0	0%	0%

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

**Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta**

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>a) Entro <u>31/07/2014</u> redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>- Anatomia patologica di area vasta</li> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> <li>- Farmacie ospedaliere e territoriali</li> <li>- PDTA integrati</li> <li>- Consumo farmaci</li> </ul> <p>b) Entro il <u>31/12/2014</u> avvio del progetto</p>
--	--

## Attuazione al 31/12/2014:

Con nota ASS1 prot. n. 31007 dd. 30.06.14 è stato inviato il documento "Progettualità Area Vasta Giuliana isontina 2014" nel quale sono state declinate le progettualità relative ai temi individuati:

7. Laboratorio di patologia clinica di area vasta
8. 2. Anatomia Patologica di area vasta
9. Servizio di radiologia su h 24 di area vasta (con ipotesi di lavoro allegata)
10. Farmacie ospedaliere e territoriali
11. PDTA integrati
12. Consumo di farmaci

Nel corso del 2014, nonostante la promulgazione della Legge Regionale n. 17 dd 16.10.14 di riordino del SSR e l'adozione della DGR n. 2673 dd 30.12.2014, alcune progettualità compatibili con la riforma sono state avviate. Altre hanno subito un arresto in previsione di una sostanziale riorganizzazione che prevedeva la ridefinizione dei territori dei nuovi Enti del SSR.

In particolare per quanto riguarda il Laboratorio di patologia clinica, l'Anatomia Patologia e la radiologia h 24, i progetti riorganizzativi si sono interrotti. Per quanto riguarda le Farmacie è stata proposta la nuova organizzazione delle Aziende di area vasta

Relativamente al tema dei PDTA sono stati costituiti i gruppi di lavoro di area vasta, è stata realizzata la formazione e sono stati realizzati e pubblicati i PDTA su :

- Carcinoma mammario
- Scopenso cardiaco
- Frattura di femore
- Artroprotesi d'anca
- BPCO

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesotelioma pleurico</li> <li>- Gravidanza fisiologica</li> <li>- Ictus</li> </ul> <p>I PDTA sono stati presentati in una conferenza stampa dd 10.12.2014 e sono pubblicati sul sito internet dell'ASS1.</p> <p>E' stata avviata e condivisa a livello aziendale una proposta di preparazione centralizzata degli antiblastici che la direzione ha deciso di tenere sospesa alla luce della riforma sanitaria</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>b) OBIETTIVO STRALCIATO (A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR)</b>

<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	
Obiettivo aziendale: Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Risultato atteso: Le Aziende entro <u>31/3/2014</u> dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza
Attuazione al 31/12/2014 In data 31/03/2014 è stato inviato alla Direzione Centrale Salute il report Prot. ASS. 1 n°15216/GEN.I. 1 relativo alle progettualità condivisa nell'Area Vasta Giuliano-Isontina 10 "tasso di ospedalizzazione" e 11 "posti letto"	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi</b>	
Obiettivo aziendale: <u>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</u>	Risultato atteso: <u>-Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013</u> <u>- Nuovi progetti gestionali amministrativi</u> <u>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014</u> <u>b) Entro il 31/12/2014 attuazione del piano</u>
Attuazione al 31/12/2014:	

La pianificazione delle attività è stata effettuata contestualmente alle altre progettualità per l'Area Vasta Giuliano Isontina e comunicata con nota ASS. 1 Prot. n. 9883/GEN.I.1 dd. 28/2/2014. Alcune linee sono state successivamente sospese per le motivazioni di cui alla nota ASS. 1 Prot. n. 19149/GEN.I.1 dd. 22/4/2014.

Visti i contenuti della proposta di riforma dell'assetto istituzionale regionale che prevede la creazione dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS), con funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza nonché funzioni accentrate di supporto tecnico amministrative e gestionali, e l'accorpamento di ASS2 con ASS5 la progettazione di percorsi di sinergia con l'Area Vasta appare di fatto superata.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR</b>
--	--

#### 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	
Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso: Offerta formativa complessiva di Area Vasta <u>in un'ottica sovraaziendale</u>
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato presentata a giugno 2014 un'offerta formativa di Area Vasta: i dipendenti delle altre aziende dell'Area Vasta hanno partecipato alle iniziative formative organizzate dall'Istituto	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale: Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso: A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: - G2 Clinico >80% del totale dei referti - Laboratorio e microbiologia >80% del totale dei referti <del>— Medicina trasfusionale &gt;80% del totale dei referti</del> <del>— Anatomia patologica &gt; 95% del totale dei referti</del> - Radiologia > 80% del totale dei referti
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO - G2 clinico: 2% - Laboratorio e microbiologia: n.a. – lo strumento non è stato reso disponibile in quanto non inserito in piano avviamenti SISR	

- Radiologia: 96%	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso: Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO I flussi informativi richiesti sono correttamente e tempestivamente inviati.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Risultato atteso: Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO La percentuale di completezza dei campi della SDO è pari al 99,21%.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso: 1.Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2.Recepimento del regolamento ex art. 20.
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO Si conferma la prosecuzione nell'implementazione della raccolta dei consensi. Il recepimento del regolamento ex art. 20 è subordinato all'adozione del regolamento da parte della stessa Regione.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale: Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso: Attivazione entro la fine del 2014
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	

<p>Il modulo Order entry è stato attivato ed avviato presso la UCO Clinica Pediatrica in tre postazioni: 1 in Fibrosi Cistica; 1 sul bancone centrale del reparto; 1 in stanza medica.</p> <p>Inoltre è stato attivato ed avviato in Sala Parto del Dipartimento Materno Neonatale.</p> <p>Ancora è stato attivato presso la UCO Clinica Ostetrica e Ginecologica nelle postazioni delle degenze diurne e dei ricoveri ordinari; e presso il nido della SC Neonatologia e terapia intensiva neonatale.</p> <p>Infine è stata riattivata la postazione sul bancone centrale presso la SC Anestesia e Rianimazione</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

## 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS -</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Integrazione del sistema PACS del IRCCS Burlo con l'impianto del sistema PACS regionale</p>	<p>Risultato atteso: Avvio dell'archiviazione a livello regionale sul sistema PACS</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il sistema PACS dell'IRCCS Burlo è stato integrato con l'impianto del sistema PACS regionale. Tutte le attività di configurazione e la migrazione dei dati archiviati sul sistema pregresso sono state terminate entro il 31/12/2014. L'avviamento per motivi organizzativi è avvenuto in gennaio 2015.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale: Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL</p>	<p>Risultato atteso: Gli esami sono disponibili nel repository regionale</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il Burlo, al pari di altre aziende del SSR in particolare dell'area udinese, utilizza per la refertazione degli esami ecocardiografici l'applicativo Medimatic che non risulta ad oggi integrato ed integrabile con l'impianto del sistema PACS regionale, come evidenziato peraltro dall'analisi del documento IDAS-SPA-014436-LGA-14-001 "Avviamento PACS presso IRCCS Burlo Garofolo" di Insiel al punto 3.2.</p> <p>E' comunque in fase di valutazione l'ipotesi di passare al sistema Estensa in analogia a quanto già presente nell'area giuliano-isontina.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale: Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei</p>	<p>Risultato atteso: Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di</p>

servizi ospedalieri di <u>ostetricia</u> e ginecologia.	ecografia ostetrico ginecologica.
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Nel corso del 2014 sono state attivate alcune strutture ospedaliere dell'area pordenonese. Il Burlo utilizza il sistema verticale Viewpoint. Da valutare la possibilità di archiviare immagini e filmati DICOM sullo storage del PACS, mediante specifica implementazione dei profili di integrazione. In ogni caso sempre al punto 3.2 del suddetto documento progettuale di avviamento del PACS regionale per l'ecografia ostetrica è in corso una attività condotta dal DSC facente capo ad una specifica voce di piano.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>L'ESTENSIONE DEL SISTEMA ALLA DIAGNOSTICA ECOGRAFICA OSTETRICO/GINECOLOGICA È SLITTATA AL 2015</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Le aziende collaborano con il DSC alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG.</li> <li>- verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.</li> <li>- valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</li> <li>- individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO NON VALUTABILE</p> <p>Motivazione scostamento dal risultato atteso</p> <p>La linea progettuale non è stata ancora sviluppata dal DSC, in particolare le aziende non sono state ancora coinvolte</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1 Contenimento dei tempi d'attesa -</b>	
Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31/12/2014 Vedi sez. B.1.3 "Programma dei tempi di attesa"	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
Attuazione al 31/12/2014 Vedi sez. B.1.3 "Programma dei tempi di attesa"	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa -</b>	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31/12/2014 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il materiale informativo è costantemente aggiornato	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso: Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ ).
Attuazione al 31/12/2014 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il rapporto è in continuità rispetto all'anno precedente.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende	Risultato atteso: Sono trasmessi entro i termini definiti dalla

partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31/12/2014 OBIETTIVO RAGGIUNTO I monitoraggi vengono regolarmente effettuati e trasmessi.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO Nel 2014, in linea con quanto previsto dalla Direzione Centrale Salute, sono state attivate le agende di priorità per: visita ortopedica pediatrica, visita oculistica pediatrica, visita urologica pediatrica.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
<b>Medici Competenti delle aziende sanitarie</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Nel corso del 2014 sono stati organizzati 6 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.01, 2.04, 24.06, 5.08, 8.10 e 9.12.2014).</p> <p>In tali occasioni sono state concordate e condivise le variabili per la raccolta dati delle idoneità.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione:</p> <p>promozione dell'allattamento al seno</p> <p>diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della attuazione dei programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65 % dei vaccinati (rif. SIASI).</li> <li>- <del>Alimentazione nei servizi prima infanzia (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</del></li> <li>- <del>Ristorazione collettiva nelle scuole primarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</del></li> <li>- <del>Distribuzione automatica nelle scuole secondarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale)</del></li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Dai dati SIASI, nell'anno 2014 risultano rilevati alla dimissione dall'IRCCS Burlo Garofolo (Neonatologia + Nido) 1444 neonati su 1662 nati presso l'Istituto. La rilevazione dell'allattamento al seno alla dimissione dall'ospedale risulta quindi realizzata nell'86,9% dei nati.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute</p> <p>1 Contrasto all'abuso di alcol:</p> <p>2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a</p>	<p>Russian</p> <p>Risultato atteso:</p> <p><del>1 Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati</del></p> <p>2 Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di</p>

fumo passivo 3 Promozione dell'attività motoria	persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione) Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi) <del>3 Azioni a sostegno di piedibus o iniziative analoghe</del>
<p>Attuazione al 31/12/2014: 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Anche quest'anno, in occasione delle visite di Sorveglianza Sanitaria, si è continuato a raccogliere i dati relativi all'abitudine al fumo dei nostri dipendenti (e non). Nei casi di forti fumatori o in quanto soggetti affetti da altri rischi cardiovascolari, si è provveduto ad informarli sull'opportunità di smettere (ridurre) di fumare, proponendo loro, in eventuale, il supporto del Centro Specializzato Antitabagismo dell'ASS1.</p> <p>Inoltre, di comune accordo con il Direttore Sanitario e con il patrocinio del Comune, è stato intrapreso il progetto "Ospedale libero dal fumo" che ha portato all'estensione del divieto di fumo in tutti gli ambienti del Burlo, interni ed esterni, a partire dal 1° gennaio 2014.</p> <p>Apposita cartellonistica è stata affissa nel giardino ospedaliero, mentre all'interno è stata apposta cartellonistica e distribuiti pieghevoli con indicazioni di tipo sanitario.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### Linea 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza

Obiettivo aziendale: Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Risultato atteso: <del>- Effettuazione interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno sui 4 temi di guadagnare salute (con diffusione dei risultati in azienda)</del> <del>- Effettuazione delle rilevazioni Okkio e HBSC e <u>Obesità in Gravidanza</u> come da indicazioni regionali</del>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>1. Okkio alla salute</p> <p>formazione di 30 operatori sanitari dei dipartimenti di prevenzione della Regione (febbraio 2014);          campionamento delle classi (3<sup>a</sup> primaria) partecipanti alla sorveglianza (marzo 2014);          studio sul campo: raccolta dei dati antropometrici di 1800 bambini e dei questionari su abitudini alimentari e stili di vita e inserimento in database elettronico (marzo-giugno 2014);          collaborazione con Istituto Superiore Sanità per analisi dei dati (settembre-dicembre 2014).</p> <p>2. HBSC</p> <p>formazione di 40 operatori sanitari dei dipartimenti di prevenzione della Regione (febbraio 2014);          campionamento delle classi (1 e 3a secondaria e 2a superiore) partecipanti alla sorveglianza (marzo 2014);          supervisione dello studio sul campo, con raccolta dati relativi a 174 classi e circa 3500 bambini e inserimento in database elettronico (marzo-giugno 2014);          collaborazione con l'Università di Torino (coordinamento nazionale) per l'analisi dei dati</p>	

(settembre-dicembre 2014).

3. Obesità in gravidanza

personalizzazione della scheda G2 clinico di ciascuna Azienda coinvolta con integrazione delle informazioni di interesse per la rilevazione dei dati al primo controllo ecografico;

presentazione della nuova scheda G2 ai referenti del progetto delle strutture coinvolte (aprile-ottobre 2014)

definizione delle modifiche alla scheda CeDAP Regionale con integrazione delle informazioni aggiuntive su gravidanza, parto e altri dati di interesse per la sorveglianza (da settembre 2014);

avvio della raccolta dati alla prima rilevazione presso ciascuna Azienda coinvolta (da dicembre 2014).

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Costruzione di un indice di iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>E' stato effettuato il coordinamento nella raccolta dati dei programmi OKKIO e HBSC, a livello regionale come da indicazioni regionali ricevute.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO NON VALUTABILE</p> <p>Motivazione scostamento dal risultato atteso</p> <p>Il tema sulla ristorazione collettiva è stato affrontato nel corso del 2014 nella progettualità di indagini sulla qualità percepita da affiancare ai controlli di qualità che hanno luogo abituale già da diversi anni. L'obiettivo è stato riproposto nel 2015 affiancandolo anche ad un'attività di controllo.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
	<b>MANCA EVIDENZA DI PRODUZIONE DI UN PIANO</b>

<b>Linea 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b>	
<b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>

Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Evidenza delle attività preparatorie all'adozione dei protocolli
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>I professionisti dell'IRCCS hanno partecipato regolarmente ai tavoli che fanno capo alla linea Salute Mentale, nei quali sono state affrontate anche le tematiche afferenti a tale linea di attività.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</li> <li>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</li> <li>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</li> <li>- Relativamente alla residenzialità/domiciliarità dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.</li> </ul> </li> <li>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</li> <li>5. Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;</li> <li>6. Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti</li> </ol>

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
	massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.
Attuazione al 31/12/2014	
1 – OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
<p>Per quanto concerne la percentuale di farmaci a brevetto scaduto relativa ai prescrittori afferenti alle Aziende di Area Vasta si veda quanto riportato nel monitoraggio del Patto DG. Per quanto concerne invece i prescrittori dell'IRCCS i risultati conseguiti sono i seguenti ed evidenziano il raggiungimento di 6 indicatori su 7 totali, come da dettagliato elenco:</p> <p>F1 sartani non associati (C09CA): 78,5% (target 2014 79,3%)</p> <p>F2 sartani associati a diuretici (C09DA): 21,64% (target 2014 60,6%)</p> <p>F3 statine (C10AA): 89% (target 82,8%)</p> <p>F4 agonisti selettiva dei recettori 5HT1 (N02CC): 35,53% (target 30,4%)</p> <p>F5 altri antiepilettici (N03AX): 72,78% (target 69,7%)</p> <p>F6 SSRI (N06AB): 97,9% (target 78,6%)</p> <p>F7 altri antidepressivi (N06AX): 70,08% (target 57,2%)</p>	
2 – OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<p>In data 24/2 e 22/5 il gruppo di lavoro di AV dedicato al tema del consumo dei farmaci si è riunito condividendo anche i possibili indirizzi per favorire la prescrizione dei medicinali biosimilari. Si precisa che ogni azienda presenta caratteristiche proprie (prescrittori diversi, per es.: la gran parte delle prescrizioni di somatotropina sono generate dagli specialisti del Burlo) rendendo difficile fare sintesi. E' stato condiviso il documento protocollo di area vasta finalizzato a favorire la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto – biosimilari, sia in ambito territoriale che ospedaliero (prot ASS 1 n. 43739/2014 GEN II 2 C 7).</p> <p>Presso il Burlo è in uso solo il biosimilare di somatotropina, impiegato nel 2014 in quantità pari al 16,7% delle cartucce totali dispensate.</p>	
3 – OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<p>La distribuzione diretta è proseguita nel corso del 2014 sulla base del rinnovo dell'accordo con le ASS regionali, riducendosi progressivamente per la piena e proficua attuazione della DPC anche in ambito provinciale. Si ritiene di dover dismettere la distribuzione diretta a favore della DPC anche a causa dell'impossibilità di dedicarvi le necessarie risorse umane.</p>	
4 – OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<p>Nel documento regionale "linee di indirizzo per la gestione della triplice terapia nel trattamento dell'epatite cronica HCV correlata in FVG" sono stati individuati gli "indicatori di monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento farmacologico"; essi sono di tipo clinico e pertanto oggetto di valutazione da parte degli specialisti di AO/USL individuati dalla Regione quale centro prescrittore autorizzato.</p> <p>Relativamente ai Nuovi Anticoagulanti Orali, al momento risultano solo delle raccomandazioni regionali per la terapia destinate ai prescrittori (di ASS1 e AO/USL).</p>	
5 – non di pertinenza	
6 - non di pertinenza	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO (5/7)</b>

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
	<p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO STRALCIATO (NON DI PERTINENZA)</b></p> <p><b>5. OBIETTIVO STRALCIATO (NON DI PERTINENZA)</b></p> <p><b>6. OBIETTIVO NON DI PERTINENZA</b></p>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</li> <li>2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</li> <li>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: Attuazione semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</li> <li>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</li> <li>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</li> </ol>

**Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica**

Attuazione al 31/12/2014:

1- OBIETTIVO RAGGIUNTO: I rari farmaci che lo richiedono vengono tutti regolarmente prescritti e registrati secondo le indicazioni dei relativi Registri AIFA.

2-OBIETTIVO RAGGIUNTO: Le terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio oggetto di approfondimento nel 2014 hanno riguardato i NAO e i nuovi farmaci per nel trattamento dell'epatite cronica HCV correlata; entrambi gli ambiti terapeutici non sono di pertinenza pediatrica.

3-OBIETTIVO RAGGIUNTO: Non pertinente poiché la cartella oncologica non è calibrata per l'area pediatrica

4-OBIETTIVO RAGGIUNTO: I flussi informativi vengono periodicamente verificati

5-OBIETTIVO RAGGIUNTO: Le dispensazioni effettuate ai pazienti extra-regionali continuano ad essere tutte registrate a sistema. In riferimento alla mobilità intraregionale, i livelli di copertura sono del 95,5% in confezioni.

**Valutazione Direzione centrale salute****1. OBIETTIVO RAGGIUNTO****2. OBIETTIVO RAGGIUNTO****3. OBIETTIVO STRALCIATO (NON DI PERTINENZA)****4. OBIETTIVO RAGGIUNTO****5. OBIETTIVO RAGGIUNTO****Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure**

Obiettivo aziendale:

Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale

Risultato atteso:

- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.

- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;

- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici

- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosing wisely)

- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti

	<p>dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> </ul> <p>Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatori: nel corso del 2014 sono stati consolidati i programmi già in essere sul rischio clinico, in linea con quanto definito dal programma regionale del rischio clinico e sono stati trasmessi gli indicatori definiti del programma stesso.</li> </ul> <p>Il monitoraggio degli indicatori ha mostrato nel secondo semestre 2014 un trend in miglioramento rispetto al periodo precedente e al cut off definito a livello regionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazioni esterne: qualora la Regione intenda attivare il programma di valutazioni esterne tra operatori, l'Istituto potrà fornire la disponibilità di valutatori formati.</li> <li>- Sicurezza farmaci: l'Istituto, per le sue peculiarità in termini di utenza, non è coinvolto nel programma regionale sulla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, ma ha prodotto e diffuso procedure sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci, dalla prescrizione alla somministrazione.</li> <li>- Standard sicurezza: sono state prodotte e periodicamente aggiornate procedure sulle buone pratiche.</li> </ul> <p>E' in corso la revisione della documentazione clinica, in particolare è stata predisposta la check list ambulatoriale per la Procreazione medicalmente assistita, procedura che la recente normativa regionale ha stabilito venga erogata in regime ambulatoriale.</p> <p>E' stata avviata una campagna di rilevazione dei rischi infortunistici per l'utenza e attuate le opportune misure di prevenzione di tipo strutturale.</p> <p>Viene effettuata sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nei tagli cesarei e delle infezioni VAP nell'UO di terapia intensiva, dei microorganismi ALERT e vengono svolte osservazioni per</p>	

l'adesione al lavaggio delle mani e ai bundles.

E' stato rivisto il protocollo regionale sui rischi dei mezzi di contrasto nella diagnostica per immagini, integrandolo con i dati relativi all'età pediatrica.

- Trasparenza: in corso di valutazione un progetto per la diffusione di dati di performance attraverso il sito aziendale, attualmente in revisione.

- Coinvolgimento paziente sui temi sicurezza: è stata attivata la revisione del sito aziendale che prevede una parte informativa rivolta all'utente, anche relativa alla tematica della sicurezza.

Sono state predisposte informative sui rischi in ospedale per i visitatori e frequentatori, sul lavaggio delle mani e il rappresentante aziendale sta collaborando con il gruppo regionale sull'informativa per la prevenzione delle cadute in ospedale nel paziente pediatrico.

-Formazione: per quanto attiene alla formazione sono stati effettuati corsi residenziali sul lavaggio delle mani, sulla sicurezza sul lavoro, sul rischio biologico, sull'utilizzo gas medicali in sicurezza, sullo stress lavoro-correlato, un corso per dirigenti preposta alla sicurezza aziendale e sulle misure antincendio; un corso sugli antitumorali già accreditato è stato rinviato all'anno corrente.

E' stata svolta formazione sul campo per l'implementazione dei bundles (inserimento CVC, gestione CVC, catetere vescicale, catetere venoso periferico, prevenzione infezioni VAP, MRSA e Clostridium difficile, infezioni sito chirurgico) e delle misure di isolamento, sui farmaci off label, sui dispositivi elettromedicali e sulla verifica della documentazione clinica.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

### Linea 1.3.3.3 Accreditamento

Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	Risultato atteso: <del>Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche: autovalutazione dei requisiti della rete per l'assistenza ai pazienti con ictus, della rete trapianti, gravi insufficienze d'organo e della rete delle cure palliative e redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento</del> Nuovo risultato atteso prosecuzione del programma di accreditamento redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento
--	--

Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO

- Accreditamento ministeriale e regionale da parte del Centro Nazionale Trapianti e della Regione FVG relativo all' "Istituto dei Trapianti" SSD Procreazione Medicalmente Assistita, per le tecniche di I, II e III livello (12-13 marzo 2014 ): la struttura SSD PMA è accreditata con riserva; è stato inviato ed approvato il piano di adeguamento. Rimane pendente una non conformità maggiore, relativa al trattamento del liquido seminale destinato a tecniche di II livello, la cui risoluzione è legata ad acquisizione di attrezzatura (in corso) e a riorganizzazione di spazi e risorse (in corso).

- Accreditamento istituzionale della branca specialistica Medicina Trasfusionale (processo di

manipolazione delle cellule staminali ematopoietiche) da parte della Regione FVG (30 ottobre 2014): l'istituto si è accreditato con riserva; è stato inviato ed approvato il piano di adeguamento (con scadenza 31/03/2015). Tra gli adempimenti richiesti si è evidenziata la necessità di ottenere la certificazione ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2008, prevista entro i termini delle scadenze previsti.

- Nuova piattaforma intranet: è stata costruita una nuova piattaforma aziendale, al 31/12/2014 utilizzata in forma sperimentale, sulla base dei temi cardine dell'accreditamento all'eccellenza (Joint Commission International)

- Programma di accreditamento all'eccellenza secondo gli standard FACT – JACIE: l'istituto ha iniziato l'iter per la sottomissione dell' "Application form", che sarà completata entro il 31/03/2015. Sono state effettuate le nomine dei componenti dell'organigramma del Clinical Program e del Processing Program.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>ALLE ASS ERA RICHIESTA ANCHE LA MESSA A DISPOSIZIONE DEI PROFESSIONISTI VALUTATORI PER LE ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, ANCHE QUESTO RISULTATO, NON ESPLICITATO, È STATO RAGGIUNTO.</b>
--	--

<b>Linea 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento;</li> <li>- Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario ed amministrativo- coinvolto nell'assistenza protesica;</li> <li>- Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare (*);</li> <li>- Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP;</li> <li>- Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAP allegato 1 DGR 2190/2012</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>I prescrittori sono stati formati già nel 2013, ma non è stato attivato da Insiel l'applicativo dedicato.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<p>Obiettivo aziendale: Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> <li>- Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO NON VALUTABILE</p> <p>Motivazione scostamento dal risultato atteso</p> <p>Viene regolarmente applicata la linea guida regionale per la prescrizione dell'Ortesi per il piede piatto, elaborata nel 2013; nel 2014 il tavolo tecnico regionale si è interrotto.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>SONO STATE TRASMESSE LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DEI DISPOSITIVI ACUSTICI (DECRETO ASAN DEL 7/8/2013) E LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE E LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA CPAP (DECRETO ASAN DEL 5/12/2013) CHE DOVEVANO ESSERE IMPLEMENTATE NEL 2014</b></p>

#### Linea 1.3.3.5 Cure palliative

<p>Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure, palliative.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>Partecipazione alla definizione del percorso di</del> <del>accreditamento delle tre reti secondo i principi dell'accordo stato Regioni n. 151 del 25 luglio 2012 ed all'autovalutazione;</del></li> <li>- Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta;</li> <li>- organizzare di 3 eventi formativi inerenti al tema</li> <li>- organizzare di almeno 4 riunioni integrate con discussione di casi clinici ed aspetti gestionali</li> <li>- pubblicare di almeno 5 lavori scientifici sul tema</li> <li>- implementare iniziative di informazione attraverso il sito istituzionale</li> <li>- effettuare il censimento dei bambini con bisogni complessi residenti in regioni</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>- Sono stati organizzati i seguenti eventi formativi:</p>	

1	“Ventilazione non invasiva e dintorni” (Trieste, 5 giugno 2014)
2	“La gestione del CVC in bambini con patologia oncoematologica in ospedale ed a domicilio” (Trieste, FSC, 2014)
3	“Problemi posturali e motori in bambini (Udine, 14 novembre 2014)
4	“Laboratorio di Bioetica sul fine vita - Corso specialistico: cure palliative pediatriche” (S. Daniele del Friuli, 25 novembre e 4 dicembre 2014).
<p>- Nel corso del 2014 sono stati effettuati 5 incontri presso la UOC di Pediatria di Monfalcone (in data 16/1, 30/4, 26/6, 24/9, 26/11), tutti con registrazione dei partecipanti provenienti dai diversi ambiti sanitari.</p> <p>- Sono stati pubblicati 8 lavori scientifici in ambito di patologia cronica complessa, terapia del dolore e cure palliative (sono disponibili agli atti).</p> <p>- Il forum regionale online dedicato alla patologia cronica complessa pediatrica “Cubic” ( Cure bambini complessi) è stato utilizzato per diffusione del calendario eventi formativi e riunioni , nonché per la divulgazione di contenuti scientifici di interesse comune. Il sito, al quale è possibile registrarsi online, ha il seguente indirizzo: <a href="https://cubic.burlo.trieste.it">https://cubic.burlo.trieste.it</a>.</p> <p>- In assenza di riconoscimento formale istituzionale che permettesse adeguato titolo per la richiesta, raccolta e la gestione dei dati in osservanza della normativa vigente sulla privacy non è stato possibile avviare un registro regionale. Sono stati censiti in maniera preliminare ed informale i dati dei bambini delle singole aree regionali che sono state coinvolte nella attività di rete. Detta documentazione è disponibile su richiesta.</p>	

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>

Obiettivo aziendale: Soddisfazione del debito informativo nei confronti del Ministero	<b>Risultato atteso:</b> - Predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
--	---

Attuazione al 31/12/2014: MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DAL RISULTATO ATTESO

Obiettivo non realizzabile di cui era stato chiesto lo stralcio. Come sopra : in assenza di riconoscimento formale istituzionale che permettesse adeguato titolo per la richiesta, raccolta e la gestione dei dati in osservanza della normativa vigente sulla privacy non è stato possibile avviare un registro regionale.

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
--	-----------------------------

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Obiettivo aziendale: Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	<b>Risultato atteso:</b> - Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. - Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >39%.

Attuazione al 31/12/2014: Motivazione scostamento dal risultato atteso Il registro non è implementato in quanto il numero dei decessi dell'IRCCS per lesione cerebrale acuta è di circa 2 casi ogni 3 o 4 anni.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Razionalizzazione delle attività di e-procurement.	Risultato atteso: Attuazione ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività è in linea, ogni caso di decesso viene valutato per la potenzialità di donazione di organi. Riguardo alla donazioni di organi (con particolare riguardo alle cornee, come identificato per il nostro Istituto dal Centro Regionale Trapianti), fra i 9 decessi occorsi durante l'anno 2014 non è stato dichiarato nessun idoneo per controindicazione alla donazione: 5 per età inferiore ai 4 anni di età; 1 per età superiore ai 75 anni di età; 2 per patologia oncoematologica.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Risultato atteso: Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO Durante il 2014 non ci sono stati casi di potenzialità di espianto e/o trapianto. I professionisti della SC Anestesia dell'Istituto sono in stretto collegamento con i colleghi della Rianimazione di AOU TS, in quanto referenti per l'argomento.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale</b>	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	<b>Risultato atteso:</b> Contributo all'alimentazione del flusso informativo
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato regolarmente fornito il contributo al flusso informativo.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale: Accreditamento della struttura trasfusionale	Risultato atteso: Mantenimento dell'accREDITAMENTO della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)

Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO

La struttura trasfusionale è stata accreditata con riserva rispetto al processo relativo alla manipolazione delle cellule staminali emopoietiche: la Regione ha approvato il piano di adeguamento proposto dall'IRCCS con scadenza 31/3/2015.

**Valutazione Direzione centrale salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

#### **Linea n. 1.3.3.9 Percorso nascita**

Obiettivo aziendale:

Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012.

Risultati attesi:

- Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio
- Agenda della gravidanza
- procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).
- Attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari, qualora i livelli di sicurezza previsti dai provvedimenti nazionali e regionali non possano essere garantiti.

Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il rappresentante aziendale ha partecipato alle attività regionali relative al percorso nascita.

L'Istituto ha elaborato una procedura aziendale sulla gestione della gravidanza a basso rischio che riprende le indicazioni del documento approvato dal Comitato percorso nascita regionale "Agenda della Gravidanza". Nella procedura messa a punto dall'Istituto si valorizza il ruolo dell'ostetrica cui è affidata la gestione della gravidanza fisiologica, in sinergia con l'ostetrico-ginecologo, anticipando così i contenuti delle Linee di Gestione 2015 (DGR 153/2015), dove tra gli obiettivi 2015 figura la "Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica".

E' allo stato attuale in fase di revisione la cartella ostetrica con inserimento della classificazione di Robson per un miglior monitoraggio dell'appropriatezza dei tagli cesarei

**Valutazione Direzione centrale salute**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

#### **Linea 1.3.3.10 Malattie rare**

Obiettivo aziendale:

Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete

Risultati attesi:

Per le Aziende:

- Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei

regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.	casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche) - Segnalazione di tutte le nuove diagnosi
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO Sono stati inseriti più del 80% dei casi diagnosticati. Nel 2014 tutte le nuove diagnosi effettuate in corso d'anno sono state inserite.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo del Coordinamento regionale: Il Coordinamento regionale, nell'ambito della funzione di osservatorio epidemiologico sulle MR prevista dalla DGR 2228/2006, si impegna a supportare attivamente le Aziende intraprendendo ogni iniziativa utile al fine di completare la messa a regime del sistema di registrazione. Si impegna altresì, ad organizzare incontri formativi con gli operatori coinvolti, finalizzati all'ottimizzazione della qualità dei dati raccolti, ad attivare una sorveglianza epidemiologica delle MR a livello regionale e a produrre un report annuale sulle attività della rete.	Per il Coordinamento regionale: - Effettuazione di azioni mirate al supporto attivo alle Aziende per l'implementazione del flusso al Registro e per il raggiungimento dell'obiettivo di rientro dei casi non ancora segnalati - Realizzazione di incontri formativi/informativi con i professionisti coinvolti nel flusso informativo al Registro (almeno due/anno) - Predisposizione del report annuale sui dati del Registro regionale da rendere disponibile a tutti gli attori della Rete.
Attuazione al 31/12/2014: Alcuni operatori dell'Istituto hanno partecipato agli incontri formativi. Il report annuale dei dati dell'Istituto relativi al registro regionali è pubblicato sul sito del coordinamento regionale delle Malattie Rare.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Linea 1.3.3.11 Diabete**

Obiettivo aziendale: Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.	Risultato atteso: Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale. Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di
---	---

	<p>cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale. Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete e gravidanza</li> <li>- Età evolutiva e transizione</li> <li>- Gestione integrata</li> <li>- Piede diabetico</li> </ul> <p>Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze</p> <p>Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione.</p> <p>Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>E' stato diffuso dalla Regione il PDTA sul Diabete Gestazione, alla cui redazione i professionisti dell'IRCCS.hanno fornito un importante e sostanziale contributo scientifico.</p>	
<p><b>Valutazione Direzione centrale salute</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.3 Salute mentale</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Avvio e consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/recovery)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Gli operatori della SCO di NPI hanno partecipato alle riunioni di lavoro sul tema "esordi psicotici", convocate dai Dipartimenti Territoriali (Struttura Complessa Bambini Adolescenti Famiglia e e Dipartimento di salute Mentale). Agli atti delle Direzioni coinvolte è disponibile il protocollo condiviso.</p>	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>RETE Disturbi comportamento alimentare</b>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello).</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Trasmissione alla DCSISSPS entro <del>giugno 2014</del> il 31 dicembre 2014 degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e i dipartimenti di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Per quanto riguarda le diagnosi e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, la SCO di NPI ricovera pazienti da tutta la Regione il cui invio viene mediato dai Servizi Territoriali di appartenenza. Dopo la fase di acuzie, la dimissione ed il successivo programma terapeutico a domicilio ed il follow up vengono regolarmente concordati e gestiti di concerto con gli operatori dei Servizi Territoriali di riferimento sia per i residenti in area vasta che per quelli residenti in regione.</p> <p>Il personale della SCO di NPI ha partecipato ad alcuni incontri organizzati dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Udine a cui hanno partecipato tutti gli operatori regionali ed extraregionali coinvolti nella diagnosi e nella terapia dei disturbi del comportamento alimentare.</p>	

<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>ANCHE SE SONO STATI RAGGIUNTI ALCUNI RISULTATI DI RIORGANIZZAZIONE NON SONO PERVENUTI GLI ACCORDI FORMALIZZATI ALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE</b>
--	---

<b>Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronic-degenerative: continuità assistenziale</b>	
Obiettivo aziendale: Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Risultati attesi: Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO NON VALUTABILE Motivazione scostamento dal risultato atteso Il numero di bambini con indicazione a dialisi peritoneale è limitatissimo, la tendenza assistenziale moderna è di utilizzare altre forme di dialisi, meno invasive.	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate -</b>	
Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultati attesi: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013
Attuazione al 31/12/2014: OBIETTIVO RAGGIUNTO Anche per l'anno 2014 sono stati utilizzati i tirocini formativi per l'integrazione lavorativa ex lege n. 98/99 e LR n. 18/2005	
<b>Valutazione Direzione centrale salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% 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	2.071,8	2.071,8	100%
2010	819,4	819,4	819,4	100%
2011	1.000,0	1.000,0	1.000,0	100%
2012	1.626,4	1.624,0	1.624,4	100%
2013	680,4	106,8	551,3	81%
2014	202,5	-	-	-

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31 12 2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31 12 2014	quota annua di ammortamento
2006	183,6	183,6	42,8	306,7	306,7	38,3
2007	816,1	816,1	190,3	209,8	209,8	26,2
2008	336,7	336,7	121,0	611,6	611,6	79,0

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
Ecotomografo per terapia intensiva neonatale		2013	110,0		-	concluso

(importi espressi in migliaia di euro)

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 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	627,4	34,0%	24,7	2,2%	100,0	4,1%
Progettazione conclusa		0,0%	122,4	10,8%	1.447,5	59,8%
Cantiere in corso		0,0%	227,0	20,0%	358,0	14,8%
Opera conclusa	1.220,4	66,0%	761,9	67,1%	514,5	21,3%
<b>Totale</b>	<b>1.847,8</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.136,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.420,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2012		Piano 2013		Piano 2014	
	Risorse regionali		Risorse regionali		Risorse regionali	
	972,0	%	559,0	%	68,3	%
Progettazione in corso	236,4	24,3%	210,0	37,6%	-	0,0%
Progettazione conclusa	-	0,0%	21,9	3,9%	14,6	21,4%
Cantiere in corso	32,2	3,3%	33,1	5,9%	18,3	26,8%
Opera conclusa	703,4	72,4%	294,0	52,6%	35,4	51,8%
<b>Totale</b>	<b>972,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>559,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>68,3</b>	<b>100,0%</b>

## STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI EDILI-IMPIANTISTICI DI RILIEVO

Intervento	Risorse	Importo	Stato di attuazione	
			31.12.2013	31.12.2014
Interventi di messa in sicurezza antincendio	2011	1.900,0	45,0%	55,0%

## LINEE PROGETTUALI

## 1.1.1 RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA (DL 95/2012 E SICUREZZA DEI PAZIENTI) E AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Entro 31/7/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio di patologia clinica di area vasta</li> <li>- Anatomia patologica di area vasta</li> <li>- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta</li> <li>- Farmacia Ospedaliera e farmacia territoriale</li> <li>- Altro</li> </ul> <p>b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>a) Il documento con i progetti di riorganizzazione per Laboratorio di patologia clinica, Anatomia patologica e Servizio di radiologia su h 24 per area vasta è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG).</p> <p>Il documento relativo al progetto di riorganizzazione del servizio di farmacia ospedaliera e farmacia territoriale è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.07.2014 (prot. n.40327/DG). La riorganizzazione del servizio di Farmacia non ha interessato il CRO.</p> <p>b) <u>Laboratorio di patologia clinica di area vasta</u></p> <p>La progettualità prevedeva il superamento del vincolo relativo al sistema informatico nonché la concentrazione a Pordenone dell'attività per esterni. Nel corso del 2014 non si è avviata la riorganizzazione in quanto la progettualità del sistema informatico è rimasta bloccata dal livello regionale (INSIEL) e dall'avvio del percorso di riforma del sistema sanitario regionale (requisiti/funzioni per Presidio).</p> <p><u>Anatomia patologica di area vasta</u></p> <p>Nel corso del 2014 si sono realizzati i seguenti percorsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Acquisti di reagenti e sistemi tramite capitolati condivisi con il CRO;</li> <li>8. Referto anatomopatologico di Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica;</li> <li>9. Eventi formativi ECM comuni.</li> </ol> <p><u>Servizio di Radiologia su h 24 su area vasta</u></p> <p>In data 7.8.2014 è stato deliberato con decreto del Direttore generale AOSMA l'atto n.207 che adotta il protocollo per la tele gestione degli esami radiologici convenzionali e TC senza contrasto all'interno dell'area vasta pordenonese e riguardante tutte le strutture afferenti all'Azienda.</p> <p>A partire dal 20 ottobre 2014 è stata avviata la guardia radiologica provinciale.</p>	

<u>Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale</u>	
La riorganizzazione del servizio di Farmacia non ha interessato il CRO.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>a) OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>b) OBIETTIVO STRALCIATO (A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR)</b>

<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	
Obiettivo aziendale Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Risultato atteso Le Aziende entro <u>31/3/2014</u> dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.
Attuazione al 31.12.2014 con nota prot. 17406/DG del 31.03.2014 l'ASS n. 6, in qualità di azienda capo fila, ha trasmesso alla DCSPSF la documentazione relativa a: - accordo di Area Vasta sul coordinamento attività formative in Area Vasta Pordenonese; - proposta di riorganizzazione delle funzioni sanitarie dell'Area Vasta Pordenonese; - aggregazione di funzioni amministrative per Area Vasta.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 1.1.3 AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA

<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi</b>	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso <u>Trattamento previdenziale</u> : l'Ufficio unico, ormai rodato nella sua funzionalità, proseguirà le azioni nel 2014. <u>Gestione personale-concorsi</u> : anche per il 2014 le Aziende promuoveranno le procedure concorsuali in comune relativamente alle figure professionali di reciproco interesse che saranno individuate in corso d'anno (esempio infermieri). <u>Gestione economico-finanziaria</u> : nel corso del 2014 le attività iniziate nell'anno precedente proseguiranno mettendo a regime il sistema centralizzato di recupero crediti in sofferenza. <u>Approvvigionamenti e logistica</u> : nel 2014 si proseguiranno le azioni già consolidate negli anni

	<p>precedenti.</p> <p><u>Fiscalità:</u> il Servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area vasta e proseguirà in tale modalità per tutto l'anno 2014.</p> <p><u>Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:</u> consolidamento a livello di area vasta pordenonese dell'albo fornitori, quale strumento propedeutico allo svolgimento dell'attività contrattuale di competenza aziendale.</p> <p><u>- Nuovi progetti gestionali amministrativi</u></p> <p>a) <u>Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014</u></p> <p>b) <u>Entro il 31/12/2014 avvio del piano</u></p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p><u>Trattamento previdenziale:</u> Nel corso del 2014 si sono consolidate le procedure di unificazione delle funzioni aventi carattere previdenziale/pensionistico per l'area vasta pordenonese con capofila l'ASS6.</p> <p>In questi anni l'ufficio ha omogeneizzato le procedure e la modulistica, stabilizzato il suo assetto organizzativo e rafforzato la sinergia degli uffici di front office per il bacino d'utenza per la Provincia di Pordenone.</p> <p>L'Ufficio Unico, con le proprie sinergie, ha garantito tutte le funzioni previste e ha collaborato con la sede INPS di Pordenone Gestione Dipendenti Pubblici per verificare ed incrementare la banca dati relativa ai dipendenti alla luce dell'invio da parte dell'INPS stesso di un estratto contributivo ad ogni iscritto.</p> <p><u>Gestione personale-concorsi:</u></p> <p>Nel PAO 2014 si era condiviso di avviare una unica procedura concorsuale riferita al profilo di infermiere individuando quale Azienda capofila l'azienda Ospedaliera di Pordenone.</p> <p>A seguito dell'iter normativo che ha portato all'approvazione della L.R. 17 del 16.10.2014 (Riordino del SSR) con l'istituzione, tra l'altro, dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi, la procedura concorsuale è stata bloccata in quanto di competenza del nuovo ente, come confermato dalle linee di gestione per l'anno 2015.</p> <p>In ambito di Area Vasta è proseguita la riorganizzazione gestionale delle procedure per l'acquisizione del personale maggiormente richiesto sul mercato del lavoro sanitario, con l'utilizzo in comune delle graduatorie in corso di validità (OSS – Infermieri – Ostetriche etc). Le aziende sono intervenute direttamente presso le sedi richieste al fine di favorire l'espletamento delle procedure concorsuali in atto e per il loro completamento.</p> <p><u>Gestione economico-finanziaria:</u> è proseguito il sistema centralizzato di recupero crediti coattivo in Area vasta, gestito da AOSMA.</p> <p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> è proseguita l'azione di consolidamento del processo di approvvigionamento tramite logistica centralizzata Egas, peraltro già a regime nel 2013, con</p>	

calendario di consegne settimanali concordato per tutti i beni trattati, incluse alcune categorie di farmaci.

E' stata avviata un'analisi in relazione ai beni che allo stato attuale non sono ancor acquisibili tramite magazzino Egas (alimentari/guardaroba/diagnostici/prodotti in conto deposito/farmaci UFA) con lo scopo di individuare soluzioni che consentano di incrementare ulteriormente, se possibile, la centralizzazione.

Fiscalità: il servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area Vasta ed è proseguito in tale modalità anche per il 2014. Il CRO ha conferito detto incarico (durata 01.01.14 – 31.12.14) con delibera del direttore generale n. 242 del 24.12.2013, a seguito della procedura di avviso pubblico di valutazione comparativa per il conferimento di incarico professionale, espletata dal CRO per conto delle Aziende dell'Area vasta pordenonese.

Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:

Con determina n. 345 del 6/3/2013 (ASS6) era stato approvato l'elenco dei fornitori di beni e prestatori di servizi iscritti all'Albo fornitori e prestatori di servizi dell'area vasta pordenonese (301 imprese); con successive determinazioni mensili tale elenco è stato aggiornato di volta in volta con i nominativi dei nuovi iscritti (per complessivi 528 fornitori a fine 2014).

Vengono costantemente aggiornati i dati anagrafici delle imprese iscritte e i relativi i documenti amministrativi (DURC, visure camerali, antimafia) delle imprese iscritte e di quelle che, pur non avendo fatto istanza di iscrizione all'Albo, vengono anch'esse gestite nel data-base ai fini amministrativi e contabili avendo le stesse rapporti di fornitura/prestazioni con le aziende dell'area vasta pordenonese (complessivamente 1721 imprese).

Nuovi progetti gestionali amministrativi:

a) Predisposizione di un piano di lavoro generale

Il documento con la predisposizione di un piano per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6 in data 31.03.2014 (prot. n. 17406/DG).

In data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG) è stato trasmesso alla DCSISPSF il documento relativo al completamento dei progetti avviati negli anni precedenti, realizzato nel primo semestre (armonizzazione delle funzioni amministrative delle strutture Politiche e gestione delle risorse umane, collaborazione nell'ambito delle strutture Programmazione e controllo, collaborazione nell'ambito delle strutture Assistenza farmaceutica).

b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano

In questa fase il progetto "Armonizzazione delle funzioni amministrative delle Strutture Politiche e gestione risorse umane in Area Vasta" ha visto coinvolte l'AOSMA e l'ASS6 in quanto interessate dalla riforma ex L.R. n. 17/2014 che ha unificato i due Enti. In una seconda fase il progetto potrà essere esteso anche al CRO.

**Valutazione Direzione Centrale Salute**

**OBIETTIVO STRALCIATO A SEGUITO DELLA LR 17/2014 DI RIORDINO DEL SSR**

## 1.1.4 PROGRAMMAZIONE COMUNE DI AREA VASTA

<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area vasta</b>	
Obiettivo aziendale rafforzare la co-progettazione delle attività formative nelle aree di intervento individuate	Risultato atteso evidenza della realizzazione delle attività co-progettate
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>Nel corso del 2014 si è data attuazione all'accordo di area vasta sul coordinamento delle attività formative sottoscritto in data 31.03.2014 (trasmesso dall'ASS 6, in qualità di capofila, alla DCSISPSF con nota prot. n.17406/DG del 31.03.2014), in particolare con la predisposizione di piani formativi che definiscono le aree e le tematiche oggetto di progettazione condivisa coerente con le priorità strategiche di area vasta. L'Istituto ha realizzato le seguenti attività co-progettate tra i servizi formazione di CRO, AOSMA e ASS6:</p> <p>1) tre edizioni dell'evento Formazione al ruolo di tutor clinici per infermieri appartenenti all'équipe denominata "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti (edizioni del 21 gennaio, 23 gennaio, 15 maggio 2014); ogni corso 4 giornate di formazione, destinatari tutor clinici dell'Area Vasta PN;</p> <p>1) due edizioni dell'evento La tutorship esperta nel modello "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti infermieri (edizioni del 25 e 27 febbraio 2014) 1 giornata di formazione, destinatari tutor clinici dell'Area Vasta PN;</p> <p>2) due edizioni dei seguenti corsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legge 241 e diritto di accesso agli atti (23 maggio 2014);</li> <li>• Legge 190/2012 ("Anticorruzione") (9 giugno 2014);</li> <li>• Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dei dipendenti dell'Azienda sanitaria (12 giugno 2014);</li> <li>• Disposizioni in tema di trasparenza della pubblica amministrazione per personale sanitario e amministrativo delle 3 aziende, 50 posti per azienda per ogni evento (13 giugno 2014);</li> </ul> <p>3) Formazione settore beni-servizi-tecnologie (APPALTI): l'evento è stato progettato dall'ASS6 che ha anche dato il docente. La sede di Formazione è stata il CRO che ha collaborato per tutti gli aspetti logistici e di supporto organizzativo. Ha partecipato personale di tutte e tre le aziende. Il corso si è svolto in due edizioni, realizzate in parallelo da marzo a maggio 2014, per un totale di 20 mezze giornate di formazione;</p> <p>4) Realizzati 10 workshop di Medicina Narrativa tra febbraio e giugno 2014, di 3 ore ciascuno aperti a tutta l'Area Vasta, con notevole partecipazione di personale di azienda ospedaliera e ASS6. Questi percorsi formativi tra l'altro hanno l'obiettivo di promuovere la salute e sicurezza degli operatori nei luoghi di lavoro.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.1.5 PROGETTUALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Linea 1.1.5.1 Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: - G2 Clinico >80% del totale dei referti - Laboratorio e microbiologia > 99% del totale dei referti - Anatomia patologica > 99 % del totale dei referti - Radiologia > 99% del totale dei referti
Attuazione al 31.12.2014 Tutti i referti di Laboratorio (Microbiologia, Patologia clinica oncologica, Bioimmunoterapia dei tumori umani, Oncoematologia clinico sperimentale), Anatomia Patologica, Radiologia, Medicina Nucleare, Gastroenterologia, Cardiologia sono firmati digitalmente, a meno di fermi del sistema. Considerando tutte le strutture, la percentuale di referti firmata digitalmente sul sistema G2 clinico è di circa il 45%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>NON È STATO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO SUL G2 CLINICO</b> <b>(PER LE ALTRE TIPOLOGIE DI REFERTO IL RISULTATO È STATO RAGGIUNTO)</b>

<b>Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	
Obiettivo aziendale Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF
Attuazione al 31.12.2014 L'azienda garantisce la gestione dei flussi informativi.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Risultato atteso Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%
Attuazione al 31.12.2014 I campi obbligatori (livello di istruzione, data di prenotazione e classe di priorità) sono compilati con una percentuale superiore al 95%.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.1.5.4 Privacy</b>	
Obiettivo aziendale Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso 1. Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso 2. Recepimento del regolamento ex art. 20.
Attuazione al 31.12.2014 1. l'Istituto ha proseguito con la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali di tutti gli utenti che entrano in contatto con la struttura; nel 2014 sono stati inseriti nel sistema GECO n. 9.080; 2. le azioni e gli interventi del CRO si sono concretizzate nella partecipazione dell'Istituto ai lavori del gruppo regionale privacy coordinato dalla DCSISPSF. E' in corso di elaborazione la bozza di documento che verrà successivamente sottoposta alle Aziende per il necessario confronto e quindi adottata con deliberazione della Giunta regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1.OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2.OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON È ANCORA STATO EMANATO UN ULTERIORE REGOLAMENTO EX ART. 20</b>

<b>Linea 1.1.5.5 Order Entry</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Risultato atteso Attivazione entro la fine del 2014
Attuazione al 31.12.2014 Al 31.12.2014 il sistema è attivo per le richieste dei Reparti per: prestazioni di anestesia, prestazioni di cardiologia, prestazioni di indagini ecografiche richieste alla radiologia e alla Medicina Nucleare, prestazioni di Laboratorio e Microbiologia (esclusa Anatomia Patologica per limiti del software Apsys).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 1.1.6 PROGETTUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea 1.1.6.1 PACS</b>	
Obiettivo aziendale Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso Gli esami sono disponibili nel repository regionale

Attuazione al 31.12.2014 In linea con gli sviluppi regionali. Le prestazioni sono archiviate nel repository.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.	Risultato atteso Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.
Attuazione al 31.12.2014 Rilevato che per le prestazioni ecografiche di Radiologia e Medicina Nucleare la refertazione è attiva per 100% delle prestazioni, la refertazione è stata inoltre attivata presso la SO di Oncologia Chirurgica Ginecologica.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.	Risultato atteso Le aziende collaborano con il DSC alla: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG.</li> <li>- verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.</li> <li>- valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</li> <li>- individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2014 La collaborazione con il DSC è stata garantita nei termini richiesti. Si resta in attesa di sviluppi in merito alla soluzione tecnologica individuata a livello regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>ATTIVITÀ SLITTATA AL 2015</b>

## 1.3.1 PROGETTUALITÀ CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1 Contenimento dei tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014 i monitoraggi sono stati effettuati con le cadenze previste dal programma regionale. Eseguita l'analisi dei report trimestrali secondo le scadenze previste e trasmessi i dati alla DCSISPSF. Aggiornati i dati relativi all'ultimo monitoraggio (ottobre 2014) e resi disponibili alle Aziende di Area Vasta e al pubblico sul sito aziendale (link al sito web ASS6) in data 23.12.2014. (il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è riportato nella sezione relativa agli Obiettivi del patto tra Regione e Direttore Generale.)	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
Attuazione al 31.12.2014 Verbalizzata in data 27.02.2014 una prima valutazione delle criticità derivabili dai tempi di attesa e dal piano di produzione (proiezione 2014). Verbalizzata in data 11.12.2014 la riunione di area vasta: valutata la riduzione delle prestazioni programmate e l'applicazione diffusa dei nuovi criteri di priorità clinica a regime nei tempi previsti. (il monitoraggio dei volumi di produzione è riportato nella sezione relativa al programma sul contenimento dei tempi di attesa).	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31.12.2014 L'aggiornamento materiale informativo e garanzia dei diritti previsti dalla L.R. n.7/2009 è stato effettuato in data 11.12.2014. Nel gruppo tecnico si è concordato di procedere alla verifica degli obblighi di estensione dei diritti in ordine a direttive regionali non ancora emanate. La complessità della procedura di rimborso per le prestazioni che sfiorano i tempi massimi di attesa con i nuovi criteri di priorità clinica richiederà un approfondimento anche in ordine alle criticità condivise con le altre aree vaste regionali (non risultano estese ad altre prestazioni oltre a quanto previsto dalla DGR 2384/2010). Tutte le agende sono attive e i criteri inviati a tutti i prescrittori;	

concordato di rinviare alle successive direttive regionali l'eventuale estensione del diritto al rimborso in caso di mancato rispetto del tempo di attesa massimo certificato.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono i continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ ).
Attuazione al 31.12.2014 Il rapporto tra l'attività libero-professionale intramoenia e l'attività istituzionale ambulatoriale per esterni è pari a 5,68% in continuità rispetto al dato 2013 (5,97%). Nel calcolo sono esclusi gli esami di laboratorio. Non è stata erogata libera professione intramuraria di ricovero.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>NELLE RILEVAZIONI SEMESTRALI EFFETTUATE NON RISULTA ESSERE STATO RISPETTATO PER LA VISITA DI GINECOLOGICA (1 E 2 SEMESTRE) E GASTROENTEROLOGICA (1 SEMESTRE)</b>
Obiettivo aziendale Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	Risultato atteso Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014 I monitoraggi nazionali e regionali, compresi quelli relativi all'ALPI, sono stati trasmessi entro i tempi previsti.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Obiettivo aziendale Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
Attuazione al 31.12.2014 Trasmessi formalmente, da parte della ASS6, tutti i criteri clinici adottati dalla Direzione Centrale Salute ai Direttori dei Distretti ed ai Componenti UDMG con richiesta di massima diffusione per le seguenti branche specialistiche: Gastroenterologia (Prot.n 26227/AQ del 19 maggio 2014), Dermatologia (Prot.n 34534/AQ del 2 luglio 2014), ORL (Prot.n 37012/AQ del 15 luglio 2014), Oculistica (Prot. n 39962/AQ del 30 luglio 2014). Tutte le attivazioni operative previste per l'Istituto (branca specialistica di gastroenterologia ed endoscopia digestiva) sono state attuate entro i termini previsti. Nel corso del 2014 non sono stati deliberati criteri di priorità per altre	

---

branche specialistiche di interesse dell'Istituto.	
--	--

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--	----------------------------

## 1.3.2 PROGETTUALITÀ PREVENZIONE

<b>Linea 1.3.2.2 Programmi di screening</b>	
Obiettivo aziendale Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso Vedi indicatori LEA
Attuazione al 31.12.2014 <u>Screening mammografico:</u> - la % di donne per cui l'esito finale del G2 clinico è disponibile entro 30 giorni dal primo approfondimento è del 95,39%; <u>Screening colon retto:</u> - la % di corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica è del 99,30%; - la % di casi con intervallo di giorni tra test positivo e colonscopia di approfondimento è del 100%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Per le aziende con l'unità senologica Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Risultato atteso Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
Attuazione al 31.12.2014 7,29%	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
Medici Competenti delle aziende sanitarie	
Obiettivo aziendale Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
Attuazione al 31.12.2014 Nel corso del 2014 sono stati organizzati 6 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.01, 02.04, 24.06, 05.08, 08.10, 09.12). Sono state approvate le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.3 PROGETTUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

<b>Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS.</p> <p>2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</p> <p>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità: - Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali</p> <p>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>1. Tramite distribuzione diretta si sono resi disponibili esclusivamente farmaci a brevetto scaduto o biosimilari su fornitura EGAS: la distribuzione avviene dopo prescrizione su PSM e registrata in giornata (targatura compresa). Il coefficiente di utilizzo è di 95,55% (€ 1.526 su € 1.597) per i farmaci a brevetto scaduto e 93% (€ 53.643 rispetto a € 57.722) per i biosimilari;</p> <p>2. Si utilizza il sistema PSM che permette la selezione dei farmaci prescrivibili limitando la distribuzione a farmaci a brevetto scaduto e biosimilari secondo disponibilità EGAS;</p> <p>3. È stata garantita la distribuzione primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica secondo gli accordi interaziendali in continuità con gli anni precedenti. Per tutto il 2014 il sistema PSM non disponeva di funzione di prescrivibilità per principio attivo: in ogni caso la distribuzione è avvenuta utilizzando farmaci a brevetto scaduto e biosimilari;</p>	

4. L'Istituto non ha distribuito farmaci ad alto costo destinati all'impiego territoriale in quanto non è un centro autorizzato alla cura dell'epatite C e non ha distribuito i nuovi anticoagulanti orali.

<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (2/7)</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO STRALCIATO (NON DI PERTINENZA)</b>
--	---

Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)	<p>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</p> <p>2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</p> <p>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</p> <p>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%;</p> <p>5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</p>
---	--

Attuazione al 31.12.2014

1. Nei registri operativi è stato garantito il controllo sistematico dell'iscrizione dei pazienti nelle schede di registrazione AIFA. Da giugno quando l'operatività dei registri informativi è stata

<p>garantita, si è proceduto al recupero dell'arretrato ultimando nei primi mesi del 2015 le scritture utili al recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;</p> <p>2. Non è stato possibile condividere protocolli di area vasta per farmaci di alto costo con alto livello di integrazione ospedale – territorio, in quanto i componenti della commissione decaduti per quiescenza non sono stati sostituiti nel 2014;</p> <p>3. E' stato garantito un monitoraggio mensile: la percentuale di completezza è pari a 99,34%;</p> <p>4. L'attività è in linea con copertura della fase 3 della diretta superiore al 98% per tutti i mesi del 2014;</p> <p>5. I dati della distribuzione diretta ai fini della quantificazione della mobilità intra-regionale sono disponibili in business object – universo della distribuzione diretta.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (PRONTUARIO DI AREA VASTA)</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

#### **Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure**

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici</li> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</li> <li>- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> <li>- Implementazione del principio di “trasparenza” mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ad agosto 2014 è stata trasmessa la relazione relativa al I semestre 2014; a marzo 2015 è stata trasmessa la relazione relativa al II semestre 2014.</li> <li>2. il CRO ha partecipato al tavolo regionale nel quale viene discusso anche questo tema. Al momento è stata svolta la formazione a livello nazionale alla quale hanno partecipato uno/due risk manager regionali.</li> <li>3. è stato condotto il secondo monitoraggio del programma di riconciliazione farmacologica (secondo semestre 2014). Il CRO ha partecipato agli altri programmi regionali (lettera di dimissione, open disclosure, patient handbook, prevenzione delle infezioni, sicurezza procedure invasive ambulatoriali ecc.) che sono in varia fase di sviluppo.</li> </ol> <p>Il CRO ha partecipato ai tavoli di lavoro regionali relativi al progetto di Antibiotic Stewardship (come da programma 2013) nei quali sono state elaborate le Linee Guida per la gestione delle polmoniti batteriche e per il controllo delle infezioni delle vie urinarie.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. <ul style="list-style-type: none"> <li>- tutte le raccomandazioni sono state formalmente adottate in Istituto (prot. 9059/Accred del 12.06.2014), per la maggior parte è stata anche redatta una procedura ad hoc.</li> <li>- il CRO partecipa al tavolo regionale sul tema degli standard internazionali. A tale proposito è stata predisposta una relazione contenente la revisione dello stato dell’arte (prot. 11076/Accred del 16/07/2014). È stata adottata la nuova linea guida regionale sulle LDD. Il CRO ha partecipato con proprio referente al tavolo regionale delle cadute accidentali (sono in corso di realizzazione le prossime indicazioni regionali).</li> <li>- nel portale Agenas sono state inserite tre buone pratiche (riconciliazione farmacologica, identificazione del paziente, scheda unica di terapia).</li> <li>- il CRO ha partecipato con il proprio esperto microbiologo al programma regionale antibiotico</li> </ul> </li> </ol>	

<p>resistenza (prodotti database per la registrazione delle resistenze batteriche e indicazioni per la sorveglianza dei microrganismi alert).</p> <p>5. Il CRO ha partecipato con i propri esperti al tavolo di lavoro regionale sull'antibiotic stewardship sul tema dei protocolli aziendali per il controllo delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti batteriche e al tavolo della sicurezza nell'uso dei farmaci (riconciliazione farmacologica, farmaci ad alto livello di attenzione).</p> <p>6. non sono state sviluppate indicazioni regionali.</p> <p>7. non sono state sviluppate indicazioni regionali.</p> <p>8. il CRO ha partecipato al programma regionale sul coinvolgimento dei pazienti rispetto ai tempi della sicurezza e ai gruppi di lavoro regionali (patient handbook, open disclosure). E' inoltre stato ulteriormente implementato il programma Patient Education attivo al CRO, del quale alcune esperienze sono state riportate a livello regionale (vedi protocollo Ethic).</p> <p>9. nel corso del 2014 si è svolta in istituto formazione sui diversi temi della sicurezza del paziente (igiene delle mani, isolamento, lesioni da decubito, riconciliazione farmacologica) e si è svolto, nel primo semestre, un evento sulla sicurezza in istituto.</p> <p>10. Sono state predisposte in ottemperanza alle procedure previste da PNE le analisi sulla correttezza della compilazione della SDO e della sua codifica per le patologie neoplastiche, principalmente attinenti alle vie digestive. In accordo con il Servizio di Epidemiologia della regione, che gestisce il programma nazionale esiti (PNE), si è stabilito di approfondire la piattaforma informativa, da utilizzare per l'audit, arricchendola con stadio e grado delle patologie oncologiche trattate. In ragione dell'avvio di un programma regionale di audit clinico su PNE si è concordato con il Servizio di Epidemiologia della regione di procedere all'avvio degli audit nel 2015, successivamente alla presentazione formale, da parte della Direzione nazionale di PNE, di tutti i risultati alle Direzioni sanitarie, ai Direttori di dipartimento e di SOC della regione.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.3 Accreditemento</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosecuzione del programma di accreditamento</li> <li>- Redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p>il CRO ha messo a disposizione della Regione quattro professionisti valutatori.</p> <p>In data 19.12.2014 emanato Decreto n. 1323/DICE di rinnovo autorizzazione/accreditemento a pieno titolo della branca di Medicina TrASFusionale per le attività svolte sotto il coordinamento della AOSMA e per le attività svolte in forma autonoma (raccolta, manipolazione/qualificazione, conservazione e distribuzione delle cellule staminali emopoietiche ai fini del trapianto autologo) dalla SOSD Trattamento Cellule Staminali – Terapie Cellulari del CRO.</p>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Risultato atteso: 1. Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.
Attuazione al 31.12.2014 Non sono stati convocati tavoli tecnici in regione. Il referente aziendale ha proseguito nel 2014 l'implementazione dei protocolli assistenziali sul territorio in collaborazione con il personale dedicato alle cure palliative della ASS 6. In particolare sono state avviate in maniera congiunta le prime visite domiciliari dei pazienti oncologici in cura al CRO ed è proseguita in tutta l'area vasta il posizionamento sotto eco-guida a domicilio di accessi venosi permanenti a scopo antalgico o nutrizionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>IL PERCORSO DI CONDIVISIONE DEI REQUISITI DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE E DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE È STATO RINVIATO ALL'ANNO 2015</b>

<b>Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
Attuazione al 31.12.2014 Nel corso del 2014 sono state effettuate due procedure di prelievo di cornee. La procedura è ormai entrata nella prassi per quanto riguarda la sensibilizzazione alla donazione e le attività effettive di prelievo.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale: CRO di Aviano</b>	
Obiettivo aziendale: Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Risultato atteso: Contributo all'alimentazione del flusso informativo di cui è titolare AOPN
Attuazione al 31.12.2014 il CRO ha contribuito all'alimentazione dei flussi informativi in linea con gli indirizzi regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure, di prevenzione degli eventi avversi e di gestione del rischio clinico.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Obiettivo aziendale: Accreditamento della struttura trasfusionale	Risultato atteso: Mantenimento dell'accREDITAMENTO della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)
Attuazione al 31.12.2014 La visita di AccREDITAMENTO Istituzionale per le attività di Medicina Trasfusionale si è svolta il 15 luglio per le attività la cui titolarità spetta ad AOSMA. Nella stessa occasione è stata individuata e distinta l'attività di Medicina Trasfusionale relativa alle cellule staminali la cui titolarità è del CRO attraverso la SOSD Trattamento cellule Staminali per Terapie Cellulari (TCS-TC), di cui al Decreto Regione FVG 1323/DICE. In linea con gli indirizzi regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure, di prevenzione degli eventi avversi e di gestione del rischio clinico.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Linea 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella-polmone con la seguente suddivisione - AV.Giu. Isontina per le neoplasie del mammella - AV.Udinese per le neoplasie del polmone - AV.Pordenonese per le neoplasie della colon retto	Risultati attesi Le tre aree vaste 1. Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente). 2. Entro 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale 3. Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste
Attuazione al 31.12.2014 4. Concluso il documento metodologico per la costruzione del PDTA di Area Vasta delle neoplasie del colon retto, con l'analisi dei costi e degli indicatori richiesti. Inviato alla DCSISPSF con lettera del DG Prot. n.34189/DG del 30/6/2014; 5. Era prevista l'adozione del documento completo nel 2° semestre dell'anno, dopo l'integrazione con la componente clinica e gestionale: variazioni organizzative e di organico intercorse, non hanno permesso la conclusione del percorso; 6. La conferenza di consenso regionale per la condivisione delle esperienze di Area Vasta non è stata organizzata dal livello regionale.	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 1.3.4 PROGETTUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultati attesi</b>
Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conclusione del programma 2013</li> <li>2. Realizzazione del programma 2014</li> </ol>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. con decorrenza 11.03.2014 hanno preso servizio le 4 unità relative alle procedure avviate nel 2013 e relative alla programmazione del medesimo anno;</li> <li>2. nei primi mesi del 2014 si è svolto un primo incontro con il funzionario del competente ufficio provinciale per discutere degli strumenti utilizzabili per coprire la quota d'obbligo per il 2014; era emersa la problematica del collocamento di una figura di centralinista ipovedente, presente nelle liste di collocamento dell'ufficio provinciale; tale questione è stata risolta e dunque superata nel corso dell'estate 2014 poiché detta figura ha potuto trovare un'utile occupazione presso altro ente pubblico. Conseguentemente l'avvio delle procedure per l'acquisizione presso il CRO, in analogia a quanto avvenuto l'anno precedente, delle n.4 figure relative alla quota d'obbligo 2014 ha subito uno slittamento all'autunno. Entro la fine d'anno l'ufficio provinciale ha trasmesso la lista dei candidati da sottoporre a selezione (procedura per chiamata nominativa). La selezione si è svolta nella prima parte dell'anno 2015.</li> </ol>	
<b>Valutazione Direzione Centrale Salute</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DELLE ACQUISIZIONI DI BENI MOBILI E ATTREZZATURE

## ACQUISTI FINANZIATI IN CONTO CAPITALE:

anno	importo di piano	di cui acquistato al 31.12.2013	di cui acquistato al 31.12.2014	% sul totale
2006	-	-	-	-
2007	4.480,6	4.219,0	4.219,0	94%
2008	900,0	900,0	900,0	100%
2009	11.189,0	8.877,8	9.204,8	82%
2010	585,0	585,0	585,0	100%
2011	1.600,0	1.476,6	1.558,8	97%
2012	1.075,5	687,9	694,5	65%
2013	551,9	237,6	237,6	43%
2014	6.112,4	-	443,5	7%

## ACQUISIZIONI IN LEASING O MEDIANTE LIQUIDITÀ DI CASSA:

anno	leasing			liq. cassa		
	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	canone annuale	valore di piano	valore acquisito al 31.12.2014	quota annua di ammortamento
2006	454,4	454,4	157,8	435,3	435,3	51,5
2007	780,7	780,7	113,6	468,0	468,0	51,9
2008	91,7	91,7	36,4	192,1	192,1	20,9
2009	310,3	310,3	57,5	-	-	-

## 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 31.12.2013	Avanzamento al 31.12.2014
Attrezzature varie di laboratorio	Microbio e Anatomia	2011	120,0		in corso	conduso
Apparecchiature per centrale di sterilizzazione	Gruppo Operatorio	2012	300,0		-	-
Acceleratore lineare	Radioterapia	2014	2.800,0		-	da avviare
Workstation ad uso diagnostica RMN	Radiologia	2014	134,2		-	conduso
Robot multitasking (Fosfoproteomica)	Dipartimento Ricerca Traslazionale	2014	100,0		-	non avviato
Estrattore DNA-RNA/Liquid Handling (Fosfoproteomica)	Dipartimento Ricerca Traslazionale	2014	110,0		-	non avviato
Sistema multiparametrico confocale (Fosfoproteomica)	Dipartimento Ricerca Traslazionale	2014	250,0		-	non avviato
Mammografo digitale con tomosintesi e accessori e Ecotomografo alte prestazione per senologia	Senologia	2014	454,5		-	non avviato
HW/SW per rinnovo sistema informatico e potenziamento PACS	Istituto	2014	200,0		-	non avviato
Videoprocessore/Colonscopio/Attrezzature diagnostiche per Gastroenterologia	Dip.Chir.	2014	180,0		-	non avviato
Sistema per Anestesia e attrezzature per Terapia Intensiva	Dip.Chir.	2014	100,0		-	non avviato
Attrezzature di taratura e misurazione per Fisica Sanitaria	Diagnostica Immagini	2014	150,0		-	non avviato
Up-grade Tomoterapia	Diagnostica Immagini	2014	430,0		-	non avviato
Riscatto Impianto Centrale Termica	Istituto	2014	160,0		-	non avviato
Attrezzature varie di laboratorio	Ric.Traslazionale/FSC	2014	100,0		-	non avviato

(importi espressi in migliaia di euro)

## STATO DI ATTUAZIONE AL 31.12.2014 DEI PIANI DEGLI INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI

	Piano 2006		Piano 2009		Piano 2010	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.742,9	%	10.993,1	%	1.101,0	%
Progettazione in corso		0,0%	1.360,0	12,4%	750,0	68,1%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%	300,0	27,2%
Cantiere in corso		0,0%	7.450,0	67,8%		0,0%
Opera conclusa	1.742,9	100,0%	2.183,1	19,9%	51,0	4,6%
<b>Totale</b>	<b>1.742,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.993,1</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.101,0</b>	<b>100,0%</b>

	Piano 2012		Piano 2013		Piano 2014	
	Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie		Risorse regionali + Risorse proprie	
	1.917,6	%	2.448,7	%	2.330,0	%
Progettazione in corso	61,4	3,2%		0,0%	1.430,0	82,7%
Progettazione conclusa		0,0%		0,0%		0,0%
Cantiere in corso		0,0%	2.298,7	93,9%		0,0%
Opera conclusa	1.856,3	96,8%	150,0	6,1%	300,0	17,3%
<b>Totale</b>	<b>1.917,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.448,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.730,0</b>	<b>100,0%</b>

(importi espressi in migliaia di euro)

## INDICATORI DELL'EROGAZIONE DEI LEA

La tabella degli indicatori LEA è rappresentata a livello di Area Vasta.

Si precisa che:

- per il risultato atteso 2014 degli indicatori da 1 a 6, 34, 35, 36, che sono parte integrante degli obiettivi previsti dalle linee progettuali 1.3.2.1 e 1.3.2.2, si fa riferimento all'obiettivo standard nazionale;
- per il risultato atteso 2014 degli indicatori 24,26,27,28 sono state individuate e comunicate alle Aziende le regole di calcolo;

I risultati attesi degli indicatori da 1 a 6, 24,26,27,28, 34, 35, 36, sono oggetto di valutazione.

Per rimanenti indicatori, che hanno un valore meramente rappresentativo della situazione esistente, si è ritenuto sufficiente (ove non sia stato possibile quantificare un valore numerico) un miglioramento o mantenimento. Per miglioramento/mantenimento si intende che sono, ovvero non sono, previste azioni mirate alla modifica dell'indicatore. Eventuali nuove azioni possono essere messe in atto, anche in corso d'anno, nel caso i monitoraggi aziendali facciano prevedere un peggioramento dell'indicatore. Questo in ragione del fatto che la tabella degli indicatori LEA è uno strumento da sviluppare nel corso del tempo al fine di monitorare la Regione e le sue aziende rispetto al quadro di riferimento nazionale.

AREA VASTA GIULIANO ISONTINA  
INDICATORI DELL'EROGAZIONE DEI LEA

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore regionale	Ass1	Ass2	GORIZIA	MONF.	AO TS	BURLO
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente)	≥ 95%	93,4	92,1	92,8				
1.a	Difterite-tetano	≥95%	92,2	92,9	93,1				
1.b	Antipolio	≥ 95%	96,2	92,2	92,9				
1.c	Antiepatite B	≥95%	91,7	91,3	92,5				
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	83,5	83,5	83,9				
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%	48,4	43,7	45,2				
4.a	PREVENZIONE: Inviti al programma di screening della cervice uterina	≥ 95%	100	100	100				
4.b	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	≥ 50%	53,38	55,86	54,2				
5	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	≥ 60%	59,54	54,66	68,5				
6	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	≥ 50%	59,5	55,5	59,5				
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	64,07	52,72	61,07				
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5,73	5,48	7,73				
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥98%	Non previsti						
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥98% del 20% degli allevamenti	189,5	208,33	367,35				

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore regionale	Ass1	Ass2	GORIZIA	MONF.	AO TS	BURLO
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥98% del 10% dei capi	144,0	107,07	443,9				
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥98% del 3% delle aziende	69,0	84,39	173,9				
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥98%	92,2	100	100				
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	17,9	26,21	17,33				
14	DISTRETTUALE: Ospedalizzazione potenzialmente evitabile calcolati con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i		107,6	139,83	105,15				
14.a	PQI 3 - Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete		2,04	3,04	0,91				
14.b	PQI 1 - Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete		0,76	1,08	0,25				
14.c	PQI 14 - Ospedalizzazione per diabete non controllato		1,37	1,96	1,08				
14.d	PQI 16 - Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici		1,66	1,67	1,83				
14.e	PQI 5 - Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)		12,44	23,51	11,21				
14.f	PQI 8 - Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca		48,82	56,74	48,84				
14.g	PQI 11 - Ospedalizzazione per polmonite		29,55	37,94	29,4				
14.h	PQI 12 - Ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie		9,87	12,37	10,8				
14.i	PQI 15 - Ospedalizzazione per asma		1,09	1,52	0,83				
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio infermieristico domiciliare	≥4%	4,2	5,3	3,6				
16	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio riabilitativo domiciliare		1,1	1,7	1,3				
17	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti		2,24	3,34	2,19				

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore regionale	Ass1	Ass2	GORIZIA	MONF.	AO TS	BURLO
18	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6	1,11	1,62	0,7				
19	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)		1,84	3	1,89				
20	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤13,6 %	9,75	11,86	12,61			0,98	9,06
21	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	7,01	8,72	7,56				
22	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	15,61	22,39	15,69				
23	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	≤140	133,22	138,62	132,9				
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	≤10	6,86	10,69					
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥36%	41,59			41,01	44,22	33,42	34,24
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza (Patto della salute 2010-2012)	≤ 23	16,4	17,48					
27	Percentuale parti cesarei	≤ 25 %	17,12		15,1	18,1	14,47	75	18,26
28	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario	≤ 60%	66,67		73,46	64,15	82,86	48,01	
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	≤6	8,09	8,31		8,5	9,19	9,72	5,89
30	Indice di case mix		1,19	0,58	0,92	0,96	0,93	1,1	0,69
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici		26,9			22,08	29,69	23,73	53,72
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici		22,9			15,3	17,3	20,2	45,9
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni		1,82			2,59	4,1	2,18	
34	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	90%	95,88		89,54			98,68	

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore regionale	Ass1	Ass2	GORIZIA	MONF.	AO TS	BURLO
35	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 95%	98,38		97,38	95,62	99,38	99,79	
36	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 90%	91,48			42,07	49,1	100	
37	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18 '	14' 46"	12' 31"	11' 45"				

AREA VASTA UDINESE  
INDICATORI DELL'EROGAZIONE DEI LEA

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore Regionale	Ass3	Ass4	Ass5	AO UD	GEM.	TOLM.	IMFR	S. DAN.	PALM.	LAT.
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente)	≥ 95%	93,4	88,5	90,7	92,9							
1.a	Difterite-tetano	≥95%	92,2	89,1	91,1	93,5							
1.b	Antipolio	≥ 95%	96,2	88,9	90,8	92,7							
1.c	Antiepatite B	≥95%	91,7	87,6	90,3	92,6							
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	83,5	78	80,1	85,9							
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%	48,4	48,2	49,9	53,9							
4.a	PREVENZIONE: Inviti al programma di screening della cervice uterina	≥ 95%	100	100	100	100							
4.b	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	≥ 50%	53,38	60,47	48,86	54,34							
5	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	≥ 60%	59,54	55,33	54,51	61,32							
6	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	≥ 50%	59,5	50,4	59,5	62,8							
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	64,07	87,75	56,53	73,64							
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5,73	6,39	6,47	6,17							
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥98%	Non previsti										
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥98% del 20% degli allevamenti	189,5	201,44	148,27	153,47							

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore Regionale	Ass3	Ass4	Ass5	AO UD	GEM.	TOLM.	IMFR	S. DAN.	PALM.	LAT.
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥98% del 10% dei capi	144,0	173,4	89,78	168,66							
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende oviceprine controllate (3%) per anagrafe oviceprina	≥98% del 3% delle aziende	69,0	28,33	74,07	317,46							
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥98%	92,2	100	100	100							
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	17,9	8,16	18,82	21,25							
14	DISTRETTUALE: Ospedalizzazione potenzialmente evitabile calcolati con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i		107,6	123,7	102,99	109,17							
14.a	PQI 3 - Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete		2,04	4,36	2,16	0,52							
14.b	PQI 1 - Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete		0,76	1,13	0,8	0,63							
14.c	PQI 14 - Ospedalizzazione per diabete non controllato		1,37	2,42	1,27	0,52							
14.d	PQI 16 - Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici		1,66	1,45	2,06	1,15							
14.e	PQI 5 - Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)		12,44	12,6	12,09	8,69							
14.f	PQI 8 - Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca		48,82	51,36	48,78	47,94							
14.g	PQI 11 - Ospedalizzazione per polmonite		29,55	33,27	24,04	39,88							
14.h	PQI 12 - Ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie		9,87	16,63	10,72	9,11							
14.i	PQI 15 - Ospedalizzazione per asma		1,09	0,48	1,07	0,73							
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio infermieristico domiciliare	≥4%	4,2	7,9	2,9	8,1							

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore Regionale	Ass3	Ass4	Ass5	AO UD	GEM.	TOLM.	IMFR	S. DAN.	PALM.	LAT.
16	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio riabilitativo domiciliare		1,1	1,4	0,7	1,5							
17	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti		2,24	2,05	2,1	1,19							
18	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6	1,11	1,01	1,11	0,87							
19	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)		1,84	7,06	0,97	3,13							
20	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤13,6 %	9,75	8,9	12,92	12,15	1,5						
21	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	tra 5,1 e 7,5	7,01	5,76	6,74	5,35							
22	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	15,61	17,96	20,28	18,77							
23	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	≤140	133,22	137,26	131,14	123,47							
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	≤10	6,86	6,35									
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥36%	41,59				40,86	33,3	50,83	1,22	37,4	36,59	43,66
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatezza (Patto della salute 2010-2012)	≤ 23	16,4	14,68									
27	Percentuale parti cesarei	≤ 25 %	17,12	17,89	12,42	14,5	23,51		17,89		12,42	13,19	17,09
28	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario	≤ 60%	66,67	86,24	80,68	82,18	67,59		86,24		80,68	75,89	93,55
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	≤6	8,09				8,33	6,9	7,59	56,84	8,46	7,98	7,08

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore Regionale	Ass3	Ass4	Ass5	AO UD	GEM.	TOLM.	IMFR	S. DAN.	PALM.	LAT.
30	Indice di case mix		1,19	0,91	0,78	0,93	1,18	0,84	0,94	0,9	0,9	0,91	0,88
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici		26,9				28,63	10,54	26,33		38,59	32,07	21,2
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici		22,9				20,7	14,7	18,7		20,8	25,7	22,7
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni		1,82				2,51	0,76	1,68		0,82	0,85	0,56
34	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	90%	95,88	95,68	98,14	96,5	96,19						
35	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 95%	98,38	98,2	100	99,64	97,12	96,91	98,96		100	99,31	100
36	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 90%	91,48	91,05	100	100	100	90,2	92,66		100	100	100
37	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18'	14' 46"				18' 23"						

AREA VASTA PORDENONESE  
INDICATORI DELL'EROGAZIONE DEI LEA

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore regionale	Ass6	AO PN	AOSMA	SFILIMB.	SAN VITO TAGLIAM.	CRO
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente)	≥ 95%	93,4	93,7					
1.a	Difterite-tetano	≥95%	92,2	94					
1.b	Antipolio	≥ 95%	96,2	93,7					
1.c	Antiepatite B	≥95%	91,7	93,5					
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	83,5	87,1					
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%	48,4	50,5					
4.a	PREVENZIONE: Inviti al programma di screening della cervice uterina	≥ 95%	100	100					
4.b	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	≥ 50%	53,38	54,43					
5	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	≥ 60%	59,54	65,83					
6	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	≥ 50%	59,5	64,2					
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	64,07	49,46					
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5,73	3,79					
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥98%	Non Previsti						
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥98% del 20% degli allevamenti	189,5	225,98					
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥98% del 10% dei capi	144,0	124,97					

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore regionale	Ass6	AO PN	AOSMA	SPILIMB.	SAN VITO TAGLIAM.	CRO
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥98% del 3% delle aziende	69,0	0					
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥98%	92,2	52,9					
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	17,9	15,66					
14	DISTRETTUALE: Ospedalizzazione potenzialmente evitabile calcolati con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i		107,6	84,54					
14.a	PQI 3 - Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete		2,04	1,64					
14.b	PQI 1 - Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete		0,76	0,65					
14.c	PQI 14 - Ospedalizzazione per diabete non controllato		1,37	1,22					
14.d	PQI 16 - Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici		1,66	1,33					
14.e	PQI 5 - Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-obstruttiva (BPCO)		12,44	6,14					
14.f	PQI 8 - Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca		48,82	42,41					
14.g	PQI 11 - Ospedalizzazione per polmonite		29,55	24,75					
14.h	PQI 12 - Ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie		9,87	5,22					
14.i	PQI 15 - Ospedalizzazione per asma		1,09	1,18					
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio infermieristico domiciliare	≥4%	4,2	2,4					
16	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio riabilitativo domiciliare		1,1	0,4					
17	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti		2,24	1,86					
18	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6	1,11	1,01					
19	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)		1,84	1,12					

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Valore regionale	Ass6	AO PN	AOSMA	SPILIMB.	SAN VITO TAGLIAM.	CRO
20	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤13,6 %	9,75	13,79	1,58				1,95
21	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	7,01	6,66					
22	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	15,61	18,73					
23	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	≤140	133,22	133,79					
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	≤10	6,86	3,12					
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥36%	41,59	43,38	43,84	52,17	43,08	40,48	
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza (Patto della salute 2010-2012)	≤ 23	16,4	18,07					
27	Percentuale parti cesarei	≤ 25 %	17,12		16,33	19,55		12,48	
28	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario	≥ 60%	66,67		71,72	79,73	67,74	50,85	
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	≤6	8,09		6,71	6,17	7,62	7,79	7,95
30	Indice di case mix		1,19		0,93	0,96	0,88	0,87	1,14
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici		26,9		27,62	26,83	18,12	35,45	6,78
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici		22,9		22,87	26	11,9	19,2	41,9
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni		1,82		0,65	0,48	0,82	0,68	2,29
34	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	≥ 90%	95,88		96,88	96,51		98,84	95,39
35	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 95%	98,38		97,26	97,43	99,47	95,52	99,3
36	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 90%	91,48		100	100	100	100	100
37	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18 '	14' 46"		16' 27"				

## 7. DATI DI SINTESI 2014

## 7.1 ATTIVITA' SANITARIE

## 3.1.1. Assistenza Sanitaria di base anno 2014

Azienda	medico	n. medici	assistiti per classi di età <sup>(a)</sup>				totale assistenza sanitaria di base	
			0-13	14-64	65-W	Totale	MMG + PLS	tot. assistiti
ASS 1	MMG	190	1.865	139.040	66.651	207.556	212	229.708
	PLS	22	22.112	40	-	22.152		
ASS 2	MMG	102	1.603	85.405	36.681	123.689	117	137.655
	PLS	15	13.928	38	-	13.966		
ASS 3	MMG	60	1.741	43.870	18.374	63.985	66	69.433
	PLS	6	5.408	40	-	5.448		
ASS 4	MMG	277	5.533	220.505	86.763	312.801	311	346.369
	PLS	34	33.538	30	-	33.568		
ASS 5	MMG	83	2.352	68.520	27.349	98.221	94	108.410
	PLS	11	10.173	16	-	10.189		
ASS 6	MMG	213	4.723	198.001	70.023	272.747	248	308.681
	PLS	35	35.846	88	-	35.934		
Totale FVG	MMG	925	17.817	755.341	305.841	1.078.999	1.048	1.200.256
	PLS	123	121.005	252	-	121.257		

(a) assistiti al 31.12.2014

## 3.1.2 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	229.708	236.186	-6.478	-2,7%	22.152	24.832	-2.680	-10,8%
ASS 2	137.655	140.897	-3.242	-2,3%	13.966	15.956	-1.990	-12,5%
ASS 3	69.433	71.250	-1.817	-2,6%	5.448	7.399	-1.951	-26,4%
ASS 4	346.369	352.933	-6.564	-1,9%	33.568	41.314	-7.746	-18,7%
ASS 5	108.410	111.997	-3.587	-3,2%	10.189	12.918	-2.729	-21,1%
ASS 6	308.681	313.972	-5.291	-1,7%	35.934	41.091	-5.157	-12,6%
Totale FVG	1.200.256	1.227.235	-26.979	-2,2%	121.257	143.510	-22.253	-15,5%

**3.1.3 Totale dimissioni dei residenti in RSA**

Azienda	posti letto 31/12/2014	posti letto 31/12/2013	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	Diff %	Presenza media giornaliera	Degenza media	% Occupazione media
ASS 1	229	229	2.778	2.690	3,3%	222	29,2	96,91%
ASS 2	104	100	918	992	-7,5%	81	32,1	77,57%
ASS 3	53	53	674	720	-6,4%	38	20,5	71,54%
ASS 4	206	204	2.518	2.543	-1,0%	181	26,3	87,97%
ASS 5	42	42	573	591	-3,0%	32	20,5	76,69%
ASS 6	153	143	1.932	1.900	1,7%	129	24,3	84,06%
<b>Totale FVG</b>	<b>787</b>	<b>771</b>	<b>9.393</b>	<b>9.436</b>	<b>-0,5%</b>	<b>683</b>	<b>26,5</b>	<b>86,73%</b>

**3.1.4 Giornate di degenza dei residenti in RSA**

Azienda	posti letto 31/12/2014	posti letto 31/12/2013	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	Diff %
ASS 1	229	229	81.006	81.102	2,2%
ASS 2	104	100	29.445	29.860	-0,8%
ASS 3	53	53	13.840	14.745	-11,0%
ASS 4	206	204	66.147	62.581	1,5%
ASS 5	42	42	11.757	13.456	-0,9%
ASS 6	153	143	46.943	45.693	2,6%
<b>Totale FVG</b>	<b>787</b>	<b>771</b>	<b>249.138</b>	<b>247.437</b>	<b>0,7%</b>

**3.1.5 Totale dimissioni da Hospice**

Azienda	posti letto 31/12/2014	posti letto 31/12/2013	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	Diff %
ASS 1	19	19	335	307	9,1%
ASS 2	10	10	135	133	1,5%
ASS 3	6	6	38	52	-26,9%
ASS 4	8	15	145	172	-15,7%
ASS 5	11	11	154	143	7,7%
ASS 6	10	10	254	249	2,0%
<b>Totale FVG</b>	<b>64</b>	<b>71</b>	<b>1.061</b>	<b>1.056</b>	<b>0,5%</b>

**3.1.6 Giornate di degenza in Hospice**

Azienda	posti letto 31/12/2014	posti letto 31/12/2013	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	Diff %
ASS 1	19	19	5.310	5.364	-1,0%
ASS 2	10	10	2.915	3.124	-6,7%
ASS 3	6	6	528	929	-43,2%
ASS 4	8	15	3.131	4.284	-26,9%
ASS 5	11	11	3.605	3.583	0,6%
ASS 6	10	10	2.642	2.551	3,6%
<b>Totale FVG</b>	<b>64</b>	<b>71</b>	<b>18.131</b>	<b>19.835</b>	<b>-8,6%</b>

**3.1.7 Assistenza domiciliare - Utenti****Utenti trattati**

Azienda	Utenti			Differenza %	Utenti con Piano Assistenziale		
	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013			Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	
A.S.S. N.101 - TRIESTINA	8.762	8.424	4,0%	4.665	4.761	-2,0%	
A.S.S. N.102 - ISONTINA	3.670	3.724	-1,5%	1.773	1.731	2,4%	
A.S.S. N.103 - ALTO FRIULI	2.871	2.927	-1,9%	1.727	1.826	-5,4%	
A.S.S. N.104 - MEDIO FRIULI	10.632	10.737	-1,0%	3.422	3.557	-3,8%	
A.S.S. N.105 - BASSA FRIULANA	4.530	4.753	-4,7%	2.543	2.740	-7,2%	
A.S.S. N.106 - FRIULI OCCIDENTALE	8.927	8.728	2,3%	2.126	2.383	-10,8%	
<b>Totale FVG</b>	<b>39.392</b>	<b>39.293</b>	<b>0,3%</b>	<b>16.256</b>	<b>16.998</b>	<b>-4,4%</b>	

**Utenti Over 65**

Azienda	Utenti Over 65			Differenza %	Utenti Over 65 con Piano Assistenziale		
	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013			Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	
A.S.S. N.101 - TRIESTINA	7.826	7.518	4,1%	4.191	4.277	-2,0%	
A.S.S. N.102 - ISONTINA	3.349	3.410	-1,8%	1.600	1.563	2,4%	
A.S.S. N.103 - ALTO FRIULI	2.560	2.664	-3,9%	1.556	1.669	-6,8%	
A.S.S. N.104 - MEDIO FRIULI	9.358	9.489	-1,4%	2.922	3.054	-4,3%	
A.S.S. N.105 - BASSA FRIULANA	4.067	4.267	-4,7%	2.334	2.497	-6,5%	
A.S.S. N.106 - FRIULI OCCIDENTALE	8.089	7.934	2,0%	1.854	2.105	-11,9%	
<b>Totale FVG</b>	<b>35.249</b>	<b>35.282</b>	<b>-0,1%</b>	<b>14.457</b>	<b>15.165</b>	<b>-4,7%</b>	

**3.1.8 Assistenza domiciliare – Accessi****Accessi a domicilio**

Azienda	Accessi Domicilio			Differenza %	Accessi Domicilio utenti con Piano Assistenziale		Differenza %
	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013			Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	
	A.S.S. N.101 - TRIESTINA	129.850	130.887		-0,8%	110.588	
A.S.S. N.102 - ISONTINA	46.475	49.019	-5,2%	32.136	34.328	-6,4%	
A.S.S. N.103 - ALTO FRIULI	48.499	51.678	-6,2%	42.886	45.939	-6,6%	
A.S.S. N.104 - MEDIO FRIULI	184.309	187.889	-1,9%	113.196	121.365	-6,7%	
A.S.S. N.105 - BASSA FRIULANA	72.090	75.703	-4,8%	63.381	65.230	-2,8%	
A.S.S. N.106 - FRIULI OCCIDENTALE	125.011	125.258	-0,2%	63.844	71.142	-10,3%	
<b>Totale FVG</b>	<b>606.234</b>	<b>620.434</b>	<b>-2,3%</b>	<b>426.031</b>	<b>448.986</b>	<b>-5,1%</b>	

**Accessi a domicilio ad Utenti Over 65**

Azienda	Accessi Domicilio			Differenza %	Accessi Domicilio utenti con Piano Assistenziale		Differenza %
	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013			Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	
	A.S.S. N.101 - TRIESTINA	109.090	108.805		0,3%	91.896	
A.S.S. N.102 - ISONTINA	42.712	45.191	-5,5%	29.098	31.200	-6,7%	
A.S.S. N.103 - ALTO FRIULI	42.648	45.583	-6,4%	37.638	40.276	-6,5%	
A.S.S. N.104 - MEDIO FRIULI	160.995	164.584	-2,2%	95.733	103.098	-7,1%	
A.S.S. N.105 - BASSA FRIULANA	65.770	68.810	-4,4%	57.892	59.440	-2,6%	
A.S.S. N.106 - FRIULI OCCIDENTALE	109.144	110.615	-1,3%	52.985	61.092	-13,3%	
<b>Totale FVG</b>	<b>530.359</b>	<b>543.588</b>	<b>-2,4%</b>	<b>365.242</b>	<b>386.306</b>	<b>-5,5%</b>	

**3.1.8 Assistenza domiciliare – copertura assistenziale e tipo di assistenza**

Azienda di erogazione	Copertura assistenziale 2014	Utenti Over 65 seguiti dall'Assistenza Domiciliare	variazione % rispetto al 2013	Assistenza INFERMIERISTICA domiciliare	Assistenza RIABILITATIVA domiciliare
A.S.S. N.101 - TRIESTINA	11,74	7.826	3,91	7.191	2.089
A.S.S. N.102 - ISONTINA	9,09	3.349	-1,96	3.012	899
A.S.S. N.103 - ALTO FRIULI	13,86	2.560	-3,86	2.353	909
A.S.S. N.104 - MEDIO FRIULI	10,87	9.358	-1,46	8.218	3.564
A.S.S. N.105 - BASSA FRIULANA	15,03	4.067	-4,74	3.783	1.290
A.S.S. N.106 - FRIULI OCCIDENTALE	11,69	8.089	1,92	7.311	2.652
	<b>11,58</b>	<b>35.249</b>	<b>-0,18</b>	<b>31.868</b>	<b>11.403</b>

**3.1.9 Assistenza domiciliare – copertura assistenziale e tipo di assistenza Utenti con Piano Assistenziale**

Azienda di erogazione	Copertura assistenziale 2014	Utenti Over 65 seguiti dall'Assistenza Domiciliare	variazione % rispetto al 2013	Assistenza INFERMIERISTICA domiciliare	Assistenza RIABILITATIVA domiciliare
A.S.S. N.101 - TRIESTINA	6,29	4.191	-2,17	3.560	1.133
A.S.S. N.102 - ISONTINA	4,35	1.600	2,37	1.332	468
A.S.S. N.103 - ALTO FRIULI	8,38	1.556	-7,01	1.465	255
A.S.S. N.104 - MEDIO FRIULI	3,39	2.922	-4,38	2.473	639
A.S.S. N.105 - BASSA FRIULANA	8,62	2.334	-6,61	2.189	415
A.S.S. N.106 - FRIULI OCCIDENTALE	2,68	1.854	-11,97	1.648	310
	<b>4,75</b>	<b>14.457</b>	<b>-4,77</b>	<b>12.667</b>	<b>3.220</b>

**3.1.10 Assistenza ambulatorio, anziani, handicap**

Azienda	Utenti		Differenza %	Accessi		Differenza %
	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013		Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	
A.S.S. N.101 - TRIESTINA	8.721	10.799	-19,2%	65.436	65.919	-0,7%
A.S.S. N.102 - ISONTINA	3.297	4.106	-19,7%	15.675	19.867	-21,1%
A.S.S. N.103 - ALTO FRIULI	1.138	1.194	-4,7%	13.746	14.452	-4,9%
A.S.S. N.104 - MEDIO FRIULI	2.841	3.159	-10,1%	25.518	27.341	-6,7%
A.S.S. N.105 - BASSA FRIULANA	7.888	7.684	2,7%	55.158	51.817	6,4%
A.S.S. N.106 - FRIULI OCCIDENTALE	3.642	3.398	7,2%	32.615	33.133	-1,6%
Totale FVG	27.527	30.340	-9,3%	208.148	212.529	-2,1%

**3.1.11 Numero accessi in Pronto Soccorso**

	Azienda	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	%
ASS 1 C.P.C.	P.S. Maggiore	4.754	5.415	-12,2%
	P.S. Gorizia	21.292	22.482	-5,3%
ASS 2	P.S. Grado	3.441	3.466	-0,7%
	P.S. Monfalcone	29.169	29.730	-1,9%
ASS 3	P.S. Gemona	13.403	14.472	-7,4%
	P.S. Tolmezzo	18.475	17.644	4,7%
ASS 4	P.S. San Daniele	27.835	27.842	0,0%
	P.S. Latisana	27.293	26.356	3,6%
ASS 5	P.S. Lignano	3.159	3.786	-16,6%
	P.S. Palmanova	27.777	25.448	9,2%
	P.S. Maniago	3.954	5.689	-30,5%
	P.S. Pediatrico	14.909	14.523	2,7%
AO PN	P.S. Pordenone	50.939	50.637	0,6%
	P.S. Sacile	7.228	6.914	4,5%
	P.S. San Vito	22.509	22.546	-0,2%
	P.S. Spilimbergo	10.584	9.789	8,1%
AOUTS	P.S. Maggiore	20.937	21.018	-0,4%
	P.S. Cattinara	45.065	44.867	0,4%
AOU UD	P.S. Cividale	11.147	10.871	2,5%
	P.S. Pediatrico	16.230	15.904	2,0%
	P.S. Udine	59.488	60.360	-1,4%
BURLO	P.S. Burlo Garofolo	22.040	21.968	0,3%
	<b>Totale FVG</b>	<b>461.628</b>	<b>461.727</b>	<b>0,0%</b>

**3.1.12 Numero accessi in Pronto Soccorso per codice triage di ingresso**

Triage	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	%
Bianco	162.791	171.540	-5,1%
Verde	224.369	217.622	3,1%
Giallo	68.849	66.317	3,8%
Rosso	5.564	6.208	-10,4%
Nero	55	40	37,5%
<b>Totale FVG</b>	<b>461.628</b>	<b>461.727</b>	<b>0,0%</b>

**3.1.13 Totale dimissioni dei residenti da strutture sanitarie del FVG**

Azienda	Gen - Dic 2014	Gen - Dic 2013	Diff %
ASS 1	37.019	37.941	-2,4%
ASS 2	20.293	21.620	-6,1%
ASS 3	10.714	10.907	-1,8%
ASS 4	49.254	51.392	-4,2%
ASS 5	14.835	15.921	-6,8%
ASS 6	41.877	43.484	-3,7%
<b>Totale FVG</b>	<b>173.992</b>	<b>181.265</b>	<b>-4,0%</b>

**3.1.14 Ricoveri da strutture pubbliche e private del FVG distinte per azienda di dimissione**

Azienda	Gen - Dic 2014	Gen - Dic 2013	Diff %
ASS 1	89	51	74,5%
ASS 2	16.415	17.447	-5,9%
ASS 3	10.966	11.397	-3,8%
ASS 4	9.898	10.227	-3,2%
ASS 5	12.895	13.385	-3,7%
ASS 6	313	315	-0,6%
AOUTS	25.684	26.123	-1,7%
AOU UD	38.381	40.069	-4,2%
AO PN	31.878	33.380	-4,5%
CRO	3.544	3.982	-11,0%
BURLO	9.674	10.021	-3,5%
CDC Città di Udine	3.472	3.640	-4,6%
CDC Pineta del Caso	1.403	1.350	3,9%
CDC San Giorgio	5.079	5.157	-1,5%
CDC Salus	2.134	2.449	-12,9%
CDC Sanatorio Triestino	1.885	1.975	-4,6%
LA NOSTRA FAMIGLIA	282	297	-5,1%
<b>Totale FVG</b>	<b>173.992</b>	<b>181.265</b>	<b>-4,0%</b>

**3.1.15 Totale dimissioni dei residenti da strutture sanitarie del FVG per regime di ricovero**

Regime ricovero	Gen - Dic 2014	Gen - Dic 2013	Diff %
Ricoveri Ordinari	136.754	141.021	-3,0%
Ricoveri Day Hospital	37.238	40.244	-7,5%
<b>Totale FVG</b>	<b>173.992</b>	<b>181.265</b>	<b>-4,0%</b>

**3.1.16 Totale dimissioni dei residenti da strutture sanitarie del FVG per tipo DRG**

Tipo DRG	Gen - Dic 2014	Gen - Dic 2013	Diff %
DRG CHIRURGICO	73.795	77.223	-4,4%
DRG MEDICO	90.986	94.466	-3,7%
DRG NEONATO	8.701	8.989	-3,2%
DRG MALDEFINITO	510	587	-13,1%
<b>Totale FVG</b>	<b>173.992</b>	<b>181.265</b>	<b>-4,0%</b>

**3.1.17 Parti in punti nascita della regione**

Azienda	Punto Nascita	Parti 2014	Parti 2013	% differenza	di cui da madri	
					residenti in FVG	Non residenti in FVG
ASS2	Ospedale di GORIZIA	135	275	-51%	129	6
	Ospedale di MONFALCONE	616	466	32%	591	25
ASS3	Ospedale di TOLMEZZO	518	521	-1%	499	19
ASS4	Ospedale di SAN DANIELE	1.041	996	5%	1.025	16
ASS5	Ospedale di PALMANOVA	758	809	-6%	741	17
	Ospedale di LATISANA	406	445	-9%	267	139
AOU UD	Osp. Univ. di UDINE	1.527	1.607	-5%	1.451	76
AO PN	Osp. S.M.A. di PORDENONE	958	1.041	-8%	906	52
	Ospedale di SAN VITO	776	791	-2%	645	131
BURLO	Ospedali Infantile Burlo G.	1.614	1.600	1%	1.537	77
cdc SAN GIORGIO	Casa di cura S. Giorgio (PN)	757	743	2%	713	44
	Domicilio/Altro luogo	33	26	27%	32	1
Totale FVG		9.139	9.320	-2%	8.536	603

**3.1.18 Prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche e private del FVG**

	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	%
Prestazioni ambulatoriali erogate per residenti	16.301.510	16.668.950	-2,2%
Prestazioni ambulatoriali erogate per non residenti	652.469	627.194	4,0%
Totale FVG	16.953.979	17.296.144	2,0%

**3.1.19 Prestazioni ambulatoriali erogate a residenti da strutture del FVG**

Azienda	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	%
ASS1	3.265.902	3.404.657	-4,1%
ASS2	1.964.667	2.003.965	-2,0%
ASS3	946.495	961.065	-1,5%
ASS4	4.924.618	5.024.356	-2,0%
ASS5	1.413.871	1.424.884	-0,8%
ASS6	3.785.949	3.850.023	-1,7%
<b>Totale FVG</b>	<b>16.301.502</b>	<b>16.668.950</b>	<b>-2,2%</b>

**3.1.20 Prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche e private del FVG distinte per azienda erogante**

Azienda	Gen-Dic 2014	Gen-Dic 2013	%
ASS1	1.365.075	1.917.874	-28,8%
ASS2	1.735.398	1.808.392	-4,0%
ASS3	970.454	981.479	-1,1%
ASS4	2.785.477	2.955.449	-5,8%
ASS5	1.536.260	1.521.146	1,0%
ASS6	309.017	302.823	2,0%
AOUTS	1.900.783	1.413.649	34,5%
AOU UD	2.301.586	2.267.031	1,5%
AO PN	3.422.741	3.496.789	-2,1%
CRO	387.333	369.843	4,7%
BURLO	239.855	261.669	-8,3%
<b>Totale FVG</b>	<b>16.953.979</b>	<b>17.296.144</b>	<b>-2,0%</b>

### 3.1.21 Prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche e private del FVG distinte per branca ed tipo erogatore

Prestazioni	Gen-Dic 2014			Gen-Dic 2013			Variazioni periodo %		
	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni
ALTRE PRESTAZIONI	1.285.174	81.785	1.366.959	1.288.557	91.545	1.380.102	-0,3%	-10,7%	-1,0%
ANESTESIA	18.326	1.092	19.418	22.252	11	22.263	-17,6%	9827,3%	-12,8%
CARDIOLOGIA	236.530	47.637	284.167	262.773	69.315	332.088	-10,0%	-31,3%	-14,4%
CHIRURGIA GENERALE	31.475	957	32.432	29.875	1.289	31.164	5,4%	-25,8%	4,1%
CHIRURGIA PLASTICA	66.142	1.650	67.792	69.826	1.516	71.342	-5,3%	8,8%	-5,0%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLO	2.968	301	3.269	2.350	298	2.648	26,3%	1,0%	23,5%
DERMOSIFILOPATIA	50.763	3.128	53.891	50.602	5.477	56.079	0,3%	-42,9%	-3,9%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	16.454		16.454	17.410		17.410	-5,5%		-5,5%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	437.089	198.230	635.319	433.475	196.598	630.073	0,8%	0,8%	0,8%
ENDOCRINOLOGIA	17.990	9.349	27.339	17.833	9.573	27.406	0,9%	-2,3%	-0,2%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	102.514	34.359	136.873	101.711	34.071	135.782	0,8%	0,8%	0,8%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	11.032.277	1.259.427	12.291.704	11.107.509	1.320.356	12.427.865	-0,7%	-4,6%	-1,1%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	412.942	318.307	731.249	448.758	383.473	832.231	-8,0%	-17,0%	-12,1%
NEFROLOGIA	170.672	8.700	179.372	164.619	8.388	173.007	3,7%	3,7%	3,7%
NEUROCHIRURGIA	10.204	1.504	11.708	10.855	1.193	12.048	-6,0%	26,1%	-2,8%
NEUROLOGIA	142.441	41.354	183.795	142.364	40.190	182.554	0,1%	2,9%	0,7%
OCULISTICA	183.387	36.201	219.588	190.874	37.749	228.623	-3,9%	-4,1%	-4,0%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR.	61.705	3.325	65.030	61.343	2.898	64.241	0,6%	14,7%	1,2%
ONCOLOGIA	80.518	423	80.941	82.567	704	83.271	-2,5%	-39,9%	-2,8%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	71.482	26.436	97.918	80.451	29.958	110.409	-11,1%	-11,8%	-11,3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	114.217	8.340	122.557	118.040	7.667	125.707	-3,2%	8,8%	-2,5%
OTORINOLARINGOIATRIA	70.228	3.540	73.768	69.167	5.073	74.240	1,5%	-30,2%	-0,6%
PNEUMOLOGIA	83.489	4.494	87.983	89.932	11.068	101.000	-7,2%	-59,4%	-12,9%
PSICHIATRIA	15.204	4	15.208	17.404		17.404	-12,6%		-12,6%
RADIOTERAPIA	112.583		112.583	121.300		121.300	-7,2%		-7,2%
UROLOGIA	31.327	5.335	36.662	30.942	4.945	35.887	1,2%	7,9%	2,2%
<b>Totale FVG</b>	<b>14.858.101</b>	<b>2.095.878</b>	<b>16.953.979</b>	<b>15.032.789</b>	<b>2.263.355</b>	<b>17.296.144</b>	<b>-1,2%</b>	<b>-7,4%</b>	<b>-2,0%</b>

## 7.2 RENDICONTAZIONE RAR

## CONSOLIDATO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE PER IL PERSONALE - ESERCIZIO 2014

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2014 ALLEGATO 1											
AZIENDA	quota assegnata da accordo 23 aprile 2014 (ultima colonna tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2014	Residuo al 31.12.2014	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE				RISORSE NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IMPORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2014		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	772.918,60	467.251,87	305.666,73	455.031,88	404.412,92	50.618,96	313.000,00	15.000,00	163.524,00	281.394,60	-
A.S.S. n. 2 Isontina*	1.379.230,54	927.658,02	451.572,52	467.833,44	467.833,44	-	665.312,91	30.000,00	554.800,00	129.117,63	-
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	1.118.536,92	593.783,28	524.753,64	1.021.613,01	553.643,58	467.969,43	693.495,37	7.000,00	410.074,55	7.967,00	-
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	1.788.195,36	965.864,01	822.331,35	88.269,58	-	88.269,58	878.593,90	61.998,92	391.589,21	365.930,56	90.082,77
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	1.162.118,68	563.643,92	598.474,76	636.823,20	636.823,20	0,00	672.874,75	5.321,52	387.970,00	95.315,00	637,42
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	617.642,17	200.873,93	416.768,24	414.225,89	351.017,38	63.208,51	245.000,00	22.000,00	333.092,17	17.550,00	-
A.O.U. Trieste	2.646.132,42	1.679.443,46	966.688,96	1.455.110,79	1.410.648,01	44.462,78	1.569.666,61	60.000,00	817.619,11	198.846,70	-
A.O.U. Udine	2.962.644,36	2.145.207,16	817.437,20	-	-	-	1.606.167,75	77.128,88	808.265,32	471.082,41	-
A.O. Pordenone	2.337.642,27	1.605.337,52	732.304,75	1.173.205,58	656.964,77	516.240,81	1.373.320,82	29.000,00	935.321,45	-	-
CRO Aviano	340.932,25	114.912,31	226.019,94	362.953,82	344.246,01	18.707,81	140.000,00	5.350,00	136.195,09	59.387,16	-
Burlo Trieste	601.535,85	379.486,13	222.049,72	-	-	-	355.907,77	-	147.546,66	98.080,57	0,85
<b>TOTALE</b>	<b>15.727.529,43</b>	<b>9.643.461,61</b>	<b>6.084.067,81</b>	<b>6.075.067,19</b>	<b>4.825.589,31</b>	<b>1.249.477,88</b>	<b>8.513.339,88</b>	<b>312.799,32</b>	<b>5.085.997,56</b>	<b>1.724.671,63</b>	<b>90.721,04</b>

<b>Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2014 ALLEGATO 2</b>		
<b>AZIENDA</b>	<b>quote 2014 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali</b>	<b>progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali</b>
<b>A.S.S. n. 1 Triestina</b>	163.524,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti sei obiettivi: contenimento tempi di attesa: 4.224,00 ; assistenza domiciliare: 120.120,00; infortuni sul lavoro: 4.200,00; continuità assistenziale in rete: 4.320,00; progetti riorganizzativi per turni: 24.900,00; progetti overnight : 5.760,00.
<b>A.S.S. n. 2 Isontina</b>	554.800,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 18 obiettivi: contenimento tempi di attesa: 110.000,00; screening colon retto: 4.000,00; cure palliative: 16.400,00; richiami in servizio e cambio turno: 90.000,00; mantenimento attività assistenziali, amm.ve, tecniche: 134.400,00; prevenzione infortuni sul lavoro: 12.000,00; adozione linee guida lesioni da decubito: 2.400,00; adozione linee guida t.i.di mo: 12.400,00; apertura o.b.i in p.s.: 40.000,00; week surgery: 40.400,00; apertura T.I.: 7.200,00; framework: 2.800,00; ottimizzazione distribuzione presidi: 1.600,00; realizzazione PAI: 40.000,00; nuovo punto nascita unificato: 29.600,00; ambulatorio csm presso casa circondariale: 3.600,00; riorganizzazione attività infermieristica presso la ss di pneumologia: 3.200,00; obiettivo gect esordi psicotici: 4.800,00.
<b>A.S.S. n. 3 Alto Friuli</b>	410.074,55	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 19 obiettivi: attività connesse a screening mammografico: 2.830,00; attività connesse a screening colon retto: 8.943,00; questionari benessere organizzativo: 1.273,50; copertura turni reperibilità: 5.580,00; organizzazione emergenza tecnica: 15.000,00; assicurare apertura servizi in caso di assenze improvvise: 70.000,00; funzioni coordinate di medicina di base: 3.000,00; prevenzione cadute: 203.800,00; valutazione completezza cartelle cliniche: 8.490,00; coordinamento progetto cadute lesioni da decubito: 3.396,00; procedura lavaggio mani: 4.952,50; continuità riabilitativa: 5.000,00; implementazione documentazione clinica day surgery: 2.800,00; misure precauzionali patogeno specifiche: 2.830,00; esecuzione vaccinazione anti TB: 5.999,60; sorveglianza dell'età evolutiva: 5.660,00; coordinamento variazioni organizzative nell'ambito dell'emergenza: 2.000,00; coordinamento attività assistenziale presso casa circondariale di tolmezzo: 2.500,00; assicurare l'attività assistenziale presso csm 24 ore di gemona: 56.019,95.
<b>A.S.S. n. 4 Medio Friuli</b>	391.589,21	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 14 obiettivi: sviluppo leadership inf.: 16.239,00; conduzione programma regionale LGLDP: 12.528,00; supporto attività assistenziali per criticità organizzative: 94.569,36; Network audit e osservazioni: 7.833,00; valorizzazione meccanismi di integrazione intra ed extra SOA - richiami cambio turno - accesso in servizio degli operatori durante il turno: 78.385,00; H S.Daniele (report indicatori e monitoraggio bundle): 7.460,00; H S. Daniele (formazione oss gestione lesioni da decubito): 3.730,00; H S. Daniele (revisione e ampliamento profilo esami urgenti): 5.595,00; H S. Daniele (supporto attività assistenziali): 1.600,00; H. S. Daniele (riconfigurazione degenza medica, chirurgica, ortopedica e ginecologica): 77.437,00; H. S. Daniele (attività di laboratorio connessa a screening regionale) : 10.190,00; IMFR (migliorare l'accesso alla idroterapia e recupero liste di attesa da chirurgia vertebro midollare): 11.583,32; Dip. di Prevenzione (gestione sicurezza lavoratori autonomi): 9.325,00; Distretti (documentazione domiciliare - monitoraggio bundle - prestazioni logopedia - documentazione clinico assistenziale riabilitativa in RSA - contenimento tempi di attesa : 55.114,53.
<b>A.S.S. n. 5 Bassa Friulana</b>	387.970,00	importo impegnato sui seguenti obiettivi: attività infermieristica in carenza di organico: 15.000,00; attività di supporto infermieristico per isteroscopia (Latisana): 5.700,00; offerta infermieristica per le pediatrie: 6.600,00; monitoraggio metodo LEAN: 7.200,00; ampliamento servizi di laboratorio (Latisana e Palmanova):13.680,00; servizio consulenza infermieristica: 8.100,00; assistenza infermieristica per trasferimento utente: 9.000,00; aumento prestazioni; endoscopia: 8.300,00; servizio centralino unico:1.500,00; supporto amm.vo su entrambi i presidi: 2.000,00; compensazione assenze: 3.000,00; carico lavoro e maggior impegno clinico assistenziale: 19.000,00; garantire attività in carenza di organico: 5.100,00; consolidamento attività team Accessi Venosi: 2.000,00; apertura fino alle 24.00 radiologia latisana: 7.560,00; supporto alle prestazioni di medicina antalgica: 1.800,00; consolidamento PACS aziendale: 1.600,00; riduzione ricoveri OBI: 7.900,00; assicurare turni pomeridiani per screening CCR: 3.000,00; riorganizzazione attività ambulatoriali: 6.300,00; visite per sicurezza sul lavoro: 9.000,00; manutenzione "DATABASE SIAN": 900,00; decentramento attività medica convenzionata: 1.500,00; valutazione esiti assistenziali domiciliari infermieristici: 3.000,00; valutazione bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi distrettuali: 8.400,00; miglioramento assistenza in hospice: 1.200,00;acquisizione standard di sicurezza: 1.200,00; riorganizzazione Punto Unitario Accesso: 2.075,00; valutazione con schede ValGraf: 9.090,00; mantenimento attività clinico assistenziale: 9.925,00; progetto ERICA: 15.000,00; promozione attività di prevenzione contro le dipendenze patologiche: 900,00; ripresa/recovery: 13.500,00; prevenzione infortuni malattie professionali: 4.800,00; revisione documentazione sanitaria ospedaliera: 4.200,00; garanzia delle attività in carenza di organico: 72.960,00; maggior carico di lavoro a seguito del riassetto organizzativo: 10.980,00; progetto richiami in servizio per copertura turni: 60.000,00

<b>A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale</b>	333.092,17	importo interamente impegnato sui seguenti obiettivi: analisi cause frequenti di accesso al P.S. per i pazienti in carico ADI e RSA; promuovere una assistenza di qualità; revisione documentazione assistenziale; avvio percorsi di presa in carico del paziente "fragile"; percorso continuità cure per i pazienti affetti da patologie psichiatriche; garantire l'attività assistenziale in caso di carenza di organico negli SPDC e nei Distretti; revisione delle modalità operative per il rilascio dell'esenzione da reddito e da ticket agli utenti; condivisione di modelli di procedure tra le strutture del Dip. di prevenzione; nuovo modello di prevenzione della salute nelle scuole; definizione delle procedure per il passaggio di competenze all'INPS; accorpamento attività di approvvigionamento; organizzazione di un unico ufficio referente per tutta l'attività di specialistica ambulatoriale; miglioramento dell'accesso ai servizi SRT distrettuali; miglioramento delle attività riabilitative e protesiche; riduzione liste di attesa; riordino archivio servizio farmaceutico; implementazione segreteria amm.va unica del coordinamento sociosanitario; acquisizione locali adeguati per trasferimento sede urbana DSM e H24; definizione buone pratiche di lavorazione; costruzione di un nuovo sistema reporting su costi del personale e su valutazione dell'attività dei MMG ai pazienti in carico; dematerializzazione e archiviazione digitale, coordinamento servizi aziendali e di area vasta; miglioramento assistenza agli utenti psichici; implementazione attività recupero crediti aziendali; dematerializzazione fax aziendali; ridefinizione procedure condivise con AOSMA per incarico docenti esterni; dematerializzazione della ricetta medica cartacea; armonizzazione delle funzioni amm.ve delle strutture risorse umane; supporto alla riorganizzazione dei servizi veterinari; prevenzione nei bilanci di salute pediatrici. A questi obiettivi è stato distribuito un ulteriore importo pari a € 18.274,27 (RAR 2012).
<b>A.O.U. Trieste</b>	817.619,11	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 26 obiettivi: miglioramento performance tempistica di riperfusione coronarica: 55.315,00; incremento offerta della cardiologia interventistica: 13.320,00; supporto alla sala operatoria: 14.430,00; supporto attività assistenziale in area medica: 24.944,20; razionalizzazione spazi e risorse: 12.086,70; monitoraggio post operatorio: 11.840,00; mantenimento standard assistenziali aree di degenza: 4.316,70; supporto screening colon retto: 12.735,60; implementazione sistema qualità: 29.353,33; mantenimento livelli qualitativi prestazioni erogate in radioterapia: 20.239,00; incremento attività assistenza radiologica: 33.500,00; garantire le attività di radiologia interventistica: 2.127,50; messa a regime delle attività nella nuova sede del polo tecnologico (ospedale maggiore): 13.789,40; sviluppo standard qualitativi assistenziali in terapia intensiva: 17.760,00; mantenimento livelli assistenziali a fronte di assenze non prevedibili: 179.148,08; raccolta sangue mediante autoemoteca: 27.503,30; attivazione del complesso operatorio unità di degenza day surgery (ospedale Maggiore): 43.382,50; mantenimento volumi di attività in presenza di trasferimenti della struttura presso il Cattinara: 7.245,80; riorganizzazione documentazione per la registrazione dei parametri vitali, terapia e valutazioni del paziente: 19.980,00; riqualificazione e sviluppo delle funzioni di medicina interventistica nel DAI di medicina interna: 95.737,50; sviluppo efficienza nella SOC Nefrologia e Dialisi: 44.122,50; continuità assistenziale nella SOC Clinica Patologia del Fegato: 3.330,00; riqualificazione e sviluppo nell'area del P.S.: 58.090,00; riorganizzazioni strutturali e logistiche delle strutture operative aziendali (Polo Tecnologico ospedale Maggiore e Medicina Nucleare del Cattinara): 62.900,00; progetto recupero degli arretrati presso la SC farmacia: 3.207,00; mantenimento delle attività nelle SS.CC assistenziali anche in caso di assenze non previste: 7.215,00.
<b>AOU Udine</b>	808.265,32	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 6 obiettivi: mantenimento della turnazione: 84.378,12; contenimento tempi di attesa: 50.371,20; screening mammografico e colon retto: 37.672,00; garanzia mantenimento attività assistenziali, tecniche e amm.ve: 104.440,00; progetti riorganizzativi per nuovo ospedale, per miglioramento consenso informato, per water safety plan: 531.404,00.
<b>A.O. Pordenone</b>	935.321,45	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 24 obiettivi: garanzia continuità assistenziale: garanzia continuità operativa nei servizi tecnici; attivazione ambulatorio ostetrico ginecologico per la presa in carico di donne alla 37° sett. di gestazione; attività correlate a screening colon retto; attività correlate a screening mammografico; garanzia reperibilità tecnico rx per emodinamica; riduzione tempi di attesa per TAC e RNM; riorganizzazione servizi sanitari; eccedenze orarie; riorganizzazione servizi amm.vi; dialisi periodo turistico; tavoli operatori varie discipline; blocchi operatori; copertura turni per garantire continuità assistenziale; garanzia continuità turni anche in situazioni di criticità; copertura turni periodo estivo per 118; garanzia assistenza per adunata alpini: 42.308,00; disagio servizio pronta disponibilità; mantenimento continuità assistenziale nelle aree di medicina; mantenimento copertura turni per personale tecnico sanitario; garanzia continuità assistenziale senza copertura di turn over. A questi obiettivi sono stati distribuiti €375.000,00 (RAR anni precedenti).

<b>CRO Aviano</b>	136.195,09	importo impegnato nei seguenti 30 obiettivi: screenin carcinoma mammella: 2.733,72; revisione percorsi d patologia: 13.668,58; applicazione check list per le procedure invasive e chirurgiche ambulatoriali: 6.357,48; progetto riorganizzazione delle segreterie dipartimentali: 2.336,37; accreditamento istituzionale: 6.675,35; garanzia volumi attività ambulatoriale: 7.533,61; revisione organizzativa del dh: 3.178,74; sviluppo nuovo modello gestionale per l'inserimento del personale neoassunto: 6.039,61; mantenimento volumi attività di ricovero ambulatoriale: 30.277,50; incremento di almeno il 50% del n° pazienti reclutati per il protocollo "one day diagnosis": 317,87; attuazione revisione organizzativa area ambulatori: 2.415,84; avviamento protocollo scientifico Behavior Based Safety: 1.271,50; garanzia continuità attività sale operatorie: 1.525,80; screening carcinoma colon rettale: 2.002,62; screening carcinoma mammella: 588,07; creazione nuovo modello assistenziale mediante lavoro in piccole equipe: 3.178,74; revisione organizzativa del pre-ricovero: 1.589,37; gestione rischio clinico: 5.022,41; servizio ambulatorio per pazienti stomatizzati: 635,75; progetto visita familiari ai pazienti in terapia intensiva: 4.132,36; riorganizzazione delle segreterie dipartimentali: 842,37; attuazione accordo integrato CRO AOSMA per attività donatori: 1.907,24; attuazione accordo integrato CRO AOSMA per attività del dipartimento di medicina trasfusionale: 1.907,24; attivazione piattaforme tecnologiche nel dip. di ricerca traslazionale: 12.714,96; riorganizzazione segreterie dipartimentali: 2.352,27; riqualificazione attività residue dopo il passaggio da gestione interna a gestione esternalizzata dei servizi ausiliari: 699,32; garanzia attività per screening colon retto: 4.450,24; aggiornamento elenchi materiali di pertinenza farmaceutica: 354,41 utilizzo dei dispositivi informatici per il ripristino d scorte in UFA: 1.000,69; garanzia mantenimento servizi consegna farmaci -funzionamento dell C.T. - gestione dei resi DSc - attività prevenzione incendi - mantenimento operatività dei servizi interessati: 8.485,06.
<b>Burlo Trieste</b>	147.546,66	importo impegnato sui seguenti 14 obiettivi: continuità dei servizi assistenziali e tecnico diagnostici: 120.000,00; continuità di cura nelle aree assistenziali: 700,00; incremento della chirurgia vertebrale: 700,00; sedazione procedurale in pazienti con patologie stomatologiche: 1.800,00; valutazione appropriatezza delle prestazioni sanitarie: 3.800,00; creazione archivio di procedure e istruzioni operative: 4.300,00; percorso interno facilitato per la gravidanza fisiologica a gestione ostetrica: 1.800,00; implementazione orario della distribuzione dei farmaci ai pazienti in dimissione: 1.000,00; ottimizzazione dei flussi e dei percorsi dei pazienti chirurgici attraverso la progettazione di uno strumento di bed mangement: 720,00; proposta di implementazione del laboratorio di citometria: 700,00; organizzazione del percorso clinico assistenziale in caso di feto malformato: 1.800,00; rilevazione customer satisfaction: 2.550,00; sinergie organizzative funzionali ed omogeneizzazione di attività e procedimenti dell S.C . servizio tecnico edile impiantistico e ingegneria clinica , acquisizione e tecnologie beni e servizi: 4.400,00 monitoraggio degli adempimenti di cui al Piano Triennale della prevenzione e della corruzione : 2.850,00.
<b>TOTALE</b>	<b>5.085.997,56</b>	

<b>Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive</b> <b>Personale del Comparto - Esercizio 2014</b> <b>ALLEGATO 3</b>		
<b>AZIENDA</b>	<b>quote 2014 demandate alla CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali</b>	<b>progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali</b>
<b>A.S.S. n. 1 Triestina</b>	281.394,60	importo interamente distribuito su obiettivi strategici aziendali.
<b>A.S.S. n. 2 Isontina</b>	129.117,63	importo interamente impegnato sui seguenti 10 obiettivi: prestazioni richieste in presenza di particolari criticità; attività per iniezioni antiputrefattive; consegna referti urgenti in laboratorio analisi; rientro in servizio per i tecnici di laboratorio in caso di guasti alle strumentazioni; apertura serale servizio dialisi monfalcone; attività espianto organi; ambulatorio terapia del dolore; revisione presidi e strumenti; riqualificazione della offerta nella presa in carico della disabilità grave; riabilitazione territoriale mantenimento attività riabilitative. A questi obiettivi è stato distribuito un ulteriore importo pari a 10.082,37 (RAR anni precedenti) .
<b>A.S.S. n. 3 Alto Friuli</b>	7.967,00	importo impegnato sui seguenti tre obiettivi: gestione tecnica amm.va delle pratiche relative alle sperimentazioni: 1.415,00; corsi di potenziamento muscolare per autisti, infermieri e oss: 5.094,00; risposta a richieste provenienti da enti esterni: 1.458,00.
<b>A.S.S. n. 4 Medio Friuli</b>	365.930,56	importo interamente impegnato sui seguenti 18 obiettivi: supporto criticità organizzative; dialisi peritoneale; EBP; prevenzione e sorveglianza ICAP nelle case di riposo; procedura di ritorno dell'erogato nelle prestazioni ambulatoriali; analisi offerta riabilitativa ex art. 26 L. n. 833/1978; esecuzione controlli sulle strutture private di ricovero; aggiornamento procedure della anagrafe sanitarie; studio di fattibilità per la riqualificazione e l'utilizzo del parco di S. Osvaldo; progettualità relativa alla riorganizzazione delle funzioni amm.ve di Area Vasta e al contenimento dei costi aziendali; Ospedale S. Daniele: consolidamento gruppo PICO -cure odotoiatriche a pazienti fragili - gestione dei pazienti in dialisi peritoneale - aggregazione funzioni del CAD Città di Udine - riorganizzazione sale operatorie - mantenimento livelli di attività ufficio tecnico - recupero ticket - nuovo modello relativo a funzioni amm.ve; Dip. di Prevenzione: miglioramento servizi amm.vi - condivisione responsabilità del TdP in attività di ispezione - attività di prevnzione attiva (cardio 50; PASSI; Vaccinazioni - Screnninf g colon retto) - riorganizzazione attività ufficio patenti - sicurezza alimentare - riorganizzazione attività del servizio impiantistico - presa in carico integrata sanità penitenziaria - miglioramento gestione degli spazi nella residenza alcolgica; DSM: miglioramento del lavoro integrazione fra equipe e della qualità - ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse - miglioramento presa in carico integrata; IMFR: modifica organizzativa degenza soc riabilitazione generale - riorganizzazione e ridefinizione delle attività assistenziali tra ospedale e domicilio - ottimizzazione delle risorse - manutenzione e trasloco per l'insediamento della guardia medica nella nuova sede - miglioramento servizio fornitura pasti; Distretto Tarcento: sostegno alla genitorialità - riorganizzazione attività amm.ve - educazione terapeutica pazienti con diabete - studio di fattibilità apertura laboratorio di pneumologia. Distretto S. Daniele: supporto genitorialità - educazione pazienti con il diabete. Distretto di Codroipo: sperimentazione tecniche LEAN in RSA - educazione terapeutica e nutrizionale pazienti con diabete e insuff.renale. Distretto di Cividale: riorganizzazione attività presso la nuova sede del distretto - percorsi educativi e di inclusione sociale alternativi ai centri diurni - documentazione domiciliare - educazione terapeutica pazienti con diabete. Distretto di Udine: spazio giovani - educazione terapeutica dei pazienti con diabete - invio autorizzazioni ADP, ADO, ADI per MMG - implementazione informatica piani operativi assistenza infermieristica. Distretto di Tarcento: supporto alle attività riabilitative per criticità organizzative; miglioramento performance per ogni centro di attività. A tali obiettivi è stata distribuita una ulteriore quota pari a € 88.269,58 (RAR 2013).
<b>A.S.S. n. 5 Bassa Friulana</b>	95.315,00	importo impegnato nei seguenti obiettivi: verifica contratti di appalto di sterilizzazione: 2.000,00; supporto elaborazioni diete speciali: 1.200,00; recupero crediti per prestazioni ambulatoriali: 5.600,00; assistenza nelle 24 h P.S. Lignano: 33.990,00; accreditamento struttura gestione dialisi peritoneale: 6.000,00; gestione acquisti di presidi per Blocco Operatorio: 900,00; corretta informazione vaccinazioni: 900,00; programmi di prevenzione (PASSI): 3.900,00; programmi di prevenzione OKKIO ALLA SALUTE: 450,00; servizi sanitari per assistiti a Lignano: 900,00; progetto percorso assistenziale nelle malattie cerebrovascolari: 900,00; recupero crediti prestazioni ambulatoriali: 625,00; recupero tessuti oculari: 1.500,00; diffusione della cultura delle Cure Palliative: 2.250,00; sviluppare le attività di valutazione multiprofessionale: 1.500,00; progetto per i percorsi di prevenzione e diagnosi: 900,00; recupero crediti prestazioni ambulatoriali: 1.650,00; censimento e monitoraggio malattie rare e geniche: 450,00; progetto comunicazione CAA per bambini con disabilità gravi: 3.600,00; adeguamento operazione trasparenza: 900,00; liquidazione ricette DPC: 2.400,00; potenziamento distribuzione diretta materiale A.F.I.R.: 4.800,00; implementazione documenti valutazione rischi: 3.600,00; attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria: 4.500,00; valutazione stato obsolescenza delle apparecchiature biomedicali: 9.900,00.

<b>A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale</b>	17.550,00	importo interamente distribuito sui seguenti 8 obiettivi: definizione profilo di competenza per infermieri e operatori di supporto operanti in diverse aree distrettuali: 8.400,00; valutazione fascia di rischio obesità età 16-18 anni: 2.000,00; individuazione e definizione di indicatori outcome: 650,00; rendicontazione progetti del Dip. della Dipendenze finanziati con fondi extraistituzionali: 1.000,00; recupero contabile per errori nelle ricette AFIR: 700,00; chiusura pendenze e recupero contabile delle farmacie: 1.400,00; strategie didattiche per acquisizione patente di guida per persone con disturbo di apprendimento: 650,00; riparametrizzazione del sistema contabile: 2.750,00.
<b>A.O.U. Trieste</b>	198.846,70	importo interamente impegnato sui seguenti 17 obiettivi: ampliamento offerta per esecuzione esami Risonanza Magnetica: 6.401,00; implementazione nuovo software per la gestione della dosimetria nella soc fisica sanitaria: 1.133,30; indagine dolore tra i pazienti: 4.347,50; miglioramento offerta chirurgica clinica urologica: 13.190,10; implementazione responsabilità monitoraggio della qualità nel servizio trasfusionale: 22.940,00; supporto attività di citafèresi terapeutica e leucoafèresi depletiva: 5.550,00; sviluppo strumenti modalità di comunicazione con pazienti e loro familiari: 4.193,30; sicurezza negli ambienti di lavoro: 7.523,30; revisione metodo analisi fabbisogno formativo: 5.550,00 avviamento nuovo sistema informatizzazione del P.S.: 6.937,50; sviluppo sistema informativo direzionale: 1.295,00; rilevazione delle "non conformità" in fase preanalitica istologica: 14.985,00; riorganizzazione attività di protocollo: 83.649,00; sviluppo sistema informativo CUP: 8.756,70; sviluppo sistema risk assessment: 3.946,70; supporto ufficio accettazione amm.va: 5.365,00; sorveglianza sanitaria degli studenti del corso di laurea di medicina: 3.083,30.
<b>AOU Udine</b>	471.082,41	importo interamente distribuito su obiettivi strategici aziendali.
<b>A.O. Pordenone</b>	-	
<b>CRO Aviano</b>	59.387,16	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 5 obiettivi: incremento del 2% dei volumi di attività ambulatoriale: 19.522,00; aumento attività PET/CT: 2.858,00; gestione unità farmaci antitumorali: 16.847,32; miglioramento raccolta differenziale rifiuti: 1.709,52; migrazione sistema posta elettronica verso piattaforma regionale Exchange con contestuale cambio di provider :18.450,32.
<b>Burlo Trieste</b>	98.080,57	importo interamente distribuito su obiettivi strategici aziendali.
<b>TOTALE</b>	<b>1.724.671,63</b>	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive Personale della Dirigenza Medica e Vetrinaria - Esercizio 2014 ALLEGATO 4									
AZIENDA	quota assegnata da accordo 19 marzo 2014 (tabella allegata all'accordo )	Importo liquidato al 31.12.2014	Residuo al 31.12.2014	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IMPORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2014		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 attuati az.li	eventuale importo non impegnato
A.S.S. n. 1 Triestina	264.339,44	75.743,29	188.596,15	135.455,00	119.132,75	16.322,25	150.720,00	113.619,44	-
A.S.S. n. 2 Isontina	626.505,29	258.789,65	367.715,64	277.000,00	277.000,00	-	430.000,00	196.505,29	-
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	358.003,02	6.800,00	351.203,02	324.915,90	228.894,96	96.020,94	358.000,00	-	3,02
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	603.609,74	167.924,66	435.685,08	44.818,00	0,00	44.818,00	198.040,00	405.569,74	-
A..S.S. n. 5 Bassa Friulana	495.376,27	-	495.376,27	523.225,97	512.710,00	10.515,97	193.650,00	294.050,00	7.676,27
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	201.897,05	-	201.897,05	416.759,39	251.014,00	165.745,39	176.267,05	25.630,00	-
A.O.U. Trieste	926.228,75	-	926.228,75	1.703.728,27	842.974,33	860.753,94	673.792,00	252.436,75	-
AOU Udine	1.286.313,18	712.260,89	574.052,29	-	-	-	1.017.333,18	268.980,00	-
A.O. Pordenone	930.391,57	548.610,85	381.780,72	896.466,15	430.008,19	466.457,96	235.280,00	695.111,57	-
CRO Aviano	203.978,47	-	203.978,47	292.540,39	260.565,76	31.974,63	65.790,00	137.640,00	548,47
Burlo Trieste	272.665,09	36.461,00	236.204,09	53.634,00	-	53.634,00	228.350,00	44.255,73	59,36
<b>TOTALE</b>	<b>6.169.307,87</b>	<b>1.806.590,34</b>	<b>4.362.717,53</b>	<b>4.668.543,07</b>	<b>2.922.299,99</b>	<b>1.746.243,08</b>	<b>3.727.222,23</b>	<b>2.433.798,52</b>	<b>8.287,12</b>

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2014 ALLEGATO 5		
AZIENDA	importo quote 2014 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali (escluso screening mammografico);
<b>A.S.S. n. 1 Triestina</b>	150.720,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti quattro obiettivi: contenimento dei tempi di attesa: 62.280,00; coordinamento funzioni condivise continuità assistenziale 1.920,00; progetti riorganizzativi ( grandi emrgenze -cure palliative - garanzia turni - assistenza - supporto immigrati ): 61.560,00; esiti cure/sicurezza alimentare: 24.960,00.
<b>A.S.S. n. 2 Isontina</b>	430.000,00	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 6 obiettivi: riduzione liste di attesa: 331.000,00; gestione ricoveri notturni in OBI: 66.000,00; progetto riorganizzazione aziendale: 3.000,00; gestione anagrafe canina: 15.000,00; progetto sicurezza alimentare: 12.000,00; progetto cure palliative: 3.000,00.
<b>A.S.S. n. 3 Alto Friuli</b>	358.000,00	importo impegnato nei seguenti 6 obiettivi: mantenimento tempi di attesa: 36.000,00; adesione alla lettura delle mammografie di screening : 34.600,00; valutazione esiti delle cure: 196.000,00; aree oggetto di riordino in attuazione del paino socio sanitario: 5.000,00; progettualità per il coordinamento delle funzioni condivise tra le aziende d enti del ssr: 26.400,00; adozione di nuovi standard e procedure nel percorso accreditamento volontario JCI: 60.000,00.
<b>A.S.S. n. 4 Medio Friuli</b>	198.040,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti obiettivi 14 obiettivi: recupero liste di attesa (chirurgia vertebro midollare): 12.000,00; refertazioni (screening mammografico) : 18.000,00; revisione modello organizzativo dip. Chirurgico: 12.000,00; gestione paziente con patologia urologica e toracica 1.800,00; attività di ADE e Pronto Soccorso: 72.000,00; ampliamento offerta ambulatoriale: 600,00; sedute aggiuntive per esami ecografici: 7.800,00; follow -up dialisi peritoneale (H.S. Daniele e Cividale): 3.600,00; distribuzione 1° ciclo terapeutico alla dimissione: 6.000,00; attività di prevenzione attiva: 10.200,00; riduzione tempi di attesa Distretto di Ud: 7.440,00; Piano Assistenza Primaria Distretto di Tarcento: 1.200,00; riduzione tempi di attesa per segnalazione di malattia professionale: 5.400,00; attività correlate a screening colon retto: 40.000,00.
<b>A.S.S. n. 5 Bassa Friulana</b>	193.650,00	importo impegnato sui seguenti 13 obiettivi: monitoraggio fasi metodo LEAN: 3.000,00; coordinamento attività aziendali gestione rischio: 5.700,00; carico lavoro e maggior impegno clinico richiesto: 22.900,00; lettura EGC medicina sportiva: 2.000,00; ottimizzazione attività senologica: 9.000,00; mantenimento livelli attività chirurgica ambulatoriale: 30.000,00; attivazione pronta disponibilità endoscopica: 3.750,00; riduzione degenza media: 44.000,00; riorganizzazione OBI: 35.000,00; attivazione pronta disponibilità endoscopica: 6.000,00; applicazione procedura di valutazione di impatto sulla salute: 5.000,00; riorganizzazione attività del servizio veterinario igiene deli alimenti: 6.000,00; percorsi facilitati nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico e con patologia rachidea: 16.800,00; ripresa/recovery: 4.500,00.
<b>A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale</b>	176.267,05	importo interamente impegnato sui seguenti 10 obiettivi: prevenzione bilanci interventi psichiatrici: 2.330,00; revisione offerta specialistica: 20.970,00; prevenzione sorveglianza epidemiologica di immigrati: 20.970,00; riorganizzazione servizi veterinari: miglioramento servizio igiene degli alimenti; monitoraggio testing soggetti in carico al Di. della Dipendenze; prevnzione rivolta a un gruppo di donne in carico presso il CSM 24 h di PN; attività specialistica psichiatrica rivolta a persone affette da patologie comuni; miglioramento casi di accesso al P.S. da intossicazione acuta da sostanze; miglioramento a livello distrettuale della condivisione dei casi più complessi. A questi obiettivi sono stati distribuiti ulteriori 3.226,72 € (RAR 2012).

<b>A.O.U. Trieste</b>	673.792,00	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 9 obiettivi: miglioramento efficienza riqualificazione dell'attività nei reparti medici, chirurgici e nel DAI di medicina interna: 72.192,00; mantenimento supporto alla guardia medica nosocomiale: 87.232,00; continuità assistenziale nella persona con malattia cronica presso SOC Patologia del Fegato: 10.528,00; sviluppo e riqualificazione dell'attività nella SC Nefrologia e Dialisi e nell'attività chirurgica: 94.752,00; applicazione percorso clinico per la chirurgia del piede diabetico: 9.024,00; consolidamento del ruolo di hub SOC Cardiocirurgia e nella SC cardiologia: 178.976,00; sviluppo attività radiologia: 25.568,00; miglioramento dell'efficienza e riqualificazione SC Patologia Clinica, Medicina di Laboratorio, Geriatria, malattie infettive: 90.240,00; consolidamento ruolo di hub in contrazione di risorse nella Clinica Neurologica: 90.240,00; riqualificazione e sviluppo nell'area del P.S.: 15.040,00.
<b>A.O.U. Udine</b>	1.017.333,18	importo interamente impegnato sui seguenti 2 obiettivi: contenimento tempi di attesa: 957.573,18; progettualità per malattie cardiovascolari: 59.760,00.
<b>A.O. Pordenone</b>	235.280,00	importo impegnato nei seguenti 15 obiettivi: copertura turni guardia radiologica: 17.280,00; copertura turni fine settimana e festivi: 59.040,00; prestazioni radiologiche Maniago: 6.000,00; abbattimento liste di attesa: 10.800,00; attività ambulatoriali medici ortopedici presso Distretto Nord: 15.000,00; attività ambulatoriali medici ORL presso distretto Nord: 26.400,00; implementazione prima visita oculistica: 3.000,00; copertura turni PD notturni e festivi: 17.740,00; attività ambulatoriale medici di medicina Distretto Nord: 8.280,00; attività ambulatoriale medici di cardiologia: 24.840,00; attività chirurgica ecodopler Distretto Nord: 20.700,00; attività dialisi periodo estivo: 14.400,00; attività ambulatoriale medici di riabilitazione presso sedi periferiche: 4.800,00; progetto 7x7: 7.000.
<b>CRO Aviano</b>	65.790,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 9 obiettivi: percorso integrato di diagnosi molecolare per patologie oncoematologiche: 6.120,00; messa a regime dell'apiataforma tecnologica condivisa di citofluorimetria: 6.120,00; identificazione e trasferimento di prestazioni di farmacogenetica aggiuntive: 1.530,00; inserimento a sistema degli esami di diagnostica molecolare: 6.120,00; realizzazione e riorganizzazione dei percorsi per terapie cellulari avanzate: 4.590,00; revisione organizzativa del dh definitiva: 21.420,00; assistenza farmaceutica e implementazione dati della cartella oncologica: 16.830,00; certificazione e accreditamento: 1.530,00; progetto esiti: 1.530,00.
<b>Burlo</b>	228.350,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 12 obiettivi: garanzia continuità di cure nelle aree assistenziali: 104.000,00; incremento chirurgia vertebrale: 3.000,00; sedazione procedurale in pazienti con patologie stimatologiche: 18.200,00; valutazione appropriatezza delle prestazioni sanitarie: 6.450,00; creazione archivio procedure operative formalizzate dall'istituto: 450,00; percorso interno facilitato per la gravidanza fisiologica a gestione ostetrica: 10.100,00; procedure interdisciplinari condivise di oto - neuro - radiologia: 15.200,00; gestione della gravidanza ectopica: 31.550,00; proposta di implementazione del laboratorio di citometria: 6.000,00; organizzazione percorso clinico assistenziale in caso di feto malformato: 12.200,00; copertura turni di guardia notturna in pediatria d'urgenza e pronto soccorso: 18.200,00; rilevazione customer satisfaction: 3.000,00.
<b>TOTALE</b>	<b>3.727.222,23</b>	

Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2014 ALLEGATO 6		
AZIENDA	quote 2014 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	113.619,44	quota interamente distribuita su obiettivi strategici aziendali
A.S.S. n. 2 Isontina	196.505,29	importo interamente impegnato sui seguenti 6 obiettivi: riduzione liste di attesa; gestione ricoveri notturni in OBI; predisposizione progetti riorganizzazione aziendale; attuazione nuovo modello anagrafe canina; progetto audit regione fvg; progetto cure palliative. A questi obiettivi sono stati distribuiti ulteriori 80.494,71 (RAR anni precedenti).
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	-	
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	405.569,74	importo interamente impegnato sui seguenti 23 obiettivi: attività di anestesia; riorganizzazione sale operatorie; spazio dedicato alla bioetica per la pratica clinica sul sito web aziendale; assistenza alle famiglie in caso di morte perinatale; gestione nuovi farmaci anticoagulanti orali; aggregazione funzionale del CAD Città di UD; guardia attiva presso IMFR e RIP; copertura attività mediche sanità penitenziaria; informatizzazione cartella clinico assistenziale per Distretto di Udine; coordinamento audit MMg per Distretto di Codroipo; miglioramento integrazione fra servizi territoriali e SOPDC; presa in carico integrata intervento precoce negli esordi e condivisione progetti di cura per i DCA; contrasto alla ludopatia; sicurezza alimentare; strumenti per l'applicazione dell'apocedura di valutazione di impatto sulla salute; Di. di Prevenzione: tutela della salute dei migranti e progettualità finalizzate al mantenimento dei livelli prestazionali e al miglioramento della qualità dei servizi offerti; assistenza veterinaria di progetti di riorganizzazione e ottimizzazione delle risorse; Network audit ed osservazioni; esecuzione controlli sulle strutture private di ricovero; analisi offerta riabilitativa ex art. 26 L 833/1978; miglioramento performance per ogni singolo centro di attività. A tali obiettivi è stata distribuita una ulteriore quota pari a € 44.818,00 (RAR 2013).
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	294.050,00	importo impegnato sui seguenti 20 obiettivi: garanzia attività in carenza di organico: 78.000,00; mantenimento offerta materno infantile: 27.000,00; guardia radiologica nel periodo estivo: 18.700,00; garanzia assistenza a soggetti in ventilazione: 2.000,00; carico di lavoro clinico e assistenziale in caso di carenza di organico: 30.000,00; assistenza nelle 24 h presso il PP di Lignano: 22.100,00; urgenza endoscopica nelle 24 h: 3.750,00; garanzia attività in carenza di organico medico: 25.000,00; assistenza pazienti in ventiloterapia domiciliare: 3.000,00; mantenimento attività nella soc medicina e chirurgia accettazione e urgenza: 15.000,00; mantenimento intervento nell'urgenza endoscopica: 6.000,00; intervento a pazienti con frattura collo del femore entro 48 h dall'accettazione: 24.000,00; rispetto dei tempi di attesa: 24.000,00; vaccinazione MPR: 2.000,00; migliorare adesione vaccinazioni: 2.500,00; consolidamento classificazione ICD -9 CM: 2.000,00; sviluppare le unità di valutazione multiprofessionale: 1.500,00; mantenimento attività clinico assistenziali: 3.000,00; prevenzione autolesionismo e suicidio negli adolescenti: 3.000,00; sensibilizzazione contro le dipendenze patologiche: 1.500,00.
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	25.630,00	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: miglioramento percorsi per l'inserimento lavorativo del cittadino disabile: 11.650,00; implementazione dei link sul sito web per la pubblicazione dei dati di qualità delle acque: 4.660,00; sviluppo modello profilo di salute della comunità: 9.320,00

<b>A.O.U. Trieste</b>	252.436,75	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 15 obiettivi: consolidamento attività extratetto nel settore delle neoplasie: 10.528,00; mantenimento volumi di attività in caso di carenza di risorse professionali: 55.648,00; sviluppo attività clinica urologica: 36.096,00; sviluppo tecnologico conseguente ad attivazione della nuova sede presso il Polo Tecnologico (ospedale Maggiore): 3.911,00; riqualificazione attività di ricovero: 58.656,00; consolidamento ruolo di hub nella funzione di ematologia: 15.405,75; consolidamento risultati raggiunti attività chirurgica: 30.080,00; mantenimento volumi di attività in condizioni di elevato turn over: 42.112,00.
<b>A.O.U. Udine</b>	268.980,00	importo interamente impegnato nella revisione delle procedure di consenso informato e water safety plan per il nuovo ospedale.
<b>A.O. Pordenone</b>	695.111,57	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 10 obiettivi: screening mammografico, colon retto; copertura turni di seconda reperibilità e di guardia attiva; mantenimento di attività in carenza di organico; copertura turni in carenza di organico, in guardia attiva, 12 h alla settimana (periodo giugno -dic.), turni PD; attività operatoria aggiuntiva; assistenza in occasione dell'adunata degli alpini; attività operatoria aggiuntiva; copertura turni auto medica e in caso di carenza di organico; sedute aggiuntive; attività CRO. A tali obiettivi è stata distribuita una ulteriore quota pari a € 285.438,81 (RAR anni precedenti).
<b>CRO Aviano</b>	137.640,00	importo interamente impegnato nei seguenti 6 obiettivi: incremento del 2% dei volumi di attività ambulatoriale; mantenimento del numero delle sedute operatorie; rispetto dei tempi di attesa; incremento almeno del 5% del numero di pazienti da reclutare per il protocollo "one day diagnosis"; aumento attività PET/CT; programma di attivazione di terapie cellulari. A tali obiettivi sono stati distribuiti ulteriori 27.974,63 (RAR anni precedenti).
<b>Burlo Trieste</b>	44.255,73	quota interamente distribuita su obiettivi strategici aziendali.
<b>TOTALE</b>	<b>2.433.798,52</b>	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2014									
AZIENDA	quota assegnata da accordo 19 marzo 2014	importo liquidato al 31.12.2014	Residuo al 31.12.2014	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IMPOR TO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2014		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	160.268,79	45.339,07	114.929,72	135.455,00	126.557,62	8.897,38	108.600,00	51.668,79	-
A.S.S. n. 2 Isontina	104.070,65	-	104.070,65	98.272,85	98.272,85	-	35.600,00	68.470,65	-
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	72.849,45	-	72.849,45	53.862,96	32.000,00	21.862,96	34.800,00	38.020,00	29,45
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	143.617,49	2.524,87	141.092,62	12.937,00	-	12.937,00	67.320,00	76.297,49	-
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	83.256,52	-	83.256,52	75.709,82	68.900,00	6.809,82	32.750,00	49.250,00	1.256,51
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	104.070,65	-	104.070,65	197.230,57	105.000,03	92.230,54	80.830,75	23.239,90	-
A.O.U. Trieste	106.152,06	-	106.152,06	110.332,58	109.850,78	481,80	106.152,06	-	-
AOU Udine	158.187,38	29.379,00	128.808,38	-	-	-	19.800,00	138.387,38	-
A.O. Pordenone	81.175,10	-	81.175,10	145.674,54	145.674,54	-	34.600,10	46.575,00	-
CRO Aviano	91.582,17	-	91.582,17	173.917,03	113.965,76	59.951,27	58.268,00	33.314,17	-
Burlo Trieste	56.198,15	-	56.198,15	3.964,96	-	3.964,96	47.800,00	8.067,66	330,49
<b>TOTALE</b>	<b>1.161.428,40</b>	<b>77.242,94</b>	<b>1.084.185,46</b>	<b>1.007.357,31</b>	<b>800.221,58</b>	<b>207.135,73</b>	<b>626.520,91</b>	<b>533.291,04</b>	<b>1.616,45</b>

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2014 ALLEGATO 8		
AZIENDA	importo quote 2014 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	108.600,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 8 obiettivi: contenimento dei tempi di attesa: 57.600,00; contenimento spesa farmaceutica: 9.600,00; progettualità coordinamento funzioni condivise: 14.400,00; progetti riorganizzativi (supporto immigrati - normativa palchi): 19.800,00; sanità alimentare: 1.800,00; attuazione d.lgs n. 118/2011: 3.600,00; trasparenza: 1.800,00.
A.S.S. n. 2 Isontina	35.600,00	importo impegnato nei seguenti due obiettivi: servizi farmaceutici aziendali: 30.000,00; validazione coagulazione urgenza: 5.600,00.
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	34.800,00	importo interamente impegnato per la realizzazione della distribuzione diretta ai pazienti dei farmaci necessari (mantenimento apertura della farmacia al pubblico).
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	67.320,00	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 15 obiettivi: minimizzazione terapie in case di riposo convenzionate: 9.000,00; conversione prescrizione farmaci da SSN a distribuzione diretta: 14.400,00; corrette modalità di somministrazione farmaci: 2.400,00; accordi di rimborso AIFA e aziende farmaceutiche: 3.600,00; distribuzione del 1° ciclo post ricovero: 3.600,00; avvio distribuzione con programma PSM: 2.400,00; sperimentazione organizzativa economato ospedaliero HDS e avvio padiglione S: 1.200,00; spazio dedicato alla bioetica per la pratica clinica sul sito: 900,00; assistenza alla famiglia in caso di morte perinatale: 900,00; unica sede per diagnostica trasmissione malattie sessuali: 1.200,00; riduzione tempi di attesa: 15.120,00; presa in carico integrata negli esordi (NPIA e DdD): 1.800,00; gestione della sicurezza lavoratori autonomi: 3.000,00; prevenzione legionella negli impianti: 4.200,00; mantenimento dei livelli prestazionali: 3.600,00.
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	32.750,00	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 8 obiettivi: metodo LEAN (percorso urine): 3.000,00; spesa farmaceutica e territoriale - indicatori MEF AIFA - gestione dei dispositivi medici: 15.000,00; piano formativo di area vasta: 4.000,00; governo clinico e sicurezza delle cure: 1.000,00; revisione documentazione sanitaria: 5.000,00; adempimenti ex L. 190/2012 e D.Lgs. 196/2013: 2.500,00; attuazione obblighi ex D.Lgs. n. 33/2013: 1.250,00; decentramento attività medicina convenzionata: 1.000,00.
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	80.830,75	importo interamente impegnato sui seguenti 14 obiettivi: infermieristica di comunità (Maniago); screening dedicato alle difficoltà di apprendimento; contenimento della spesa farmaceutica; distrettualizzazione delle attività e miglioramento del flusso informativo; prevenzione e intervento precoce nei bilanci di salute pediatrici; miglioramento efficienza per il laboratorio di microscopia; clinica femminile prevenzione cura a un gruppo di donne in carico al CSM 24 h di PN; studio di fattibilità per identificazione di una nuova sede del DSM e centro 24 h; attività specialistica psicologica nei confronti di persone affette da patologie comuni; miglioramento assistenza agli utenti psichici; procedure recupero crediti Area Vasta; armonizzazione funzioni amm.ve nella struttura gestione risorse umane; riorganizzazione gestionale per coordinare i piani di rientro; acquisizione locali adeguati per trasferimento sede urbana DSM e dH 24. a tali obiettivi sono stati distribuiti ulteriori 25.220,90 (RAR 2012) e 31.367,38 (RAR 2013) per un tot. di = 56.588, 28

<b>A.O.U. Trieste</b>	106.152,06	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 11 obiettivi: erogazione diretta primo ciclo di cure: 22.318,20; allineamento laboratori di Patologia dell'Emostasi (Go-Ts): 3.000,00; nuova stesura linee guida "hla e malattie" dell'AIBT: 3.000,00; attività per l'avvio della SC di Medicina Nucleare dell'ospedale di Cattinara: 8.400,00; implementazione nuovo software per la gestione della disometria individuale del personale esposto a radiazioni ionizzanti: 3.600,00; prevenzione e diffusione azioni di miglioramento in vari settori dell'attività di prevenzione: 600,00; riorganizzazioni e ricollocazioni strutturali presso Polo Tecnologico dell'Ospedale Maggiore: 22.800,00; riorganizzazione delle attività di protocollo : 27.000,00; sviluppo del sistema informativo direzionale: 1.200,00; introduzione nuovi metodi per l'aggiornamento tecnologico nella SC Patologia Clinica: 5.700,00; mantenimento standard di qualità nella Microbiologia Clinica: 8.533,86.
<b>A.O.U. Udine</b>	19.800,00	importo interamente impegnato per il contenimento dei tempi di attesa in anatomia patologica e microbiologia.
<b>A.O. Pordenone</b>	34.600,10	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 5 obiettivi: contenimento spesa farmaceutica: 12.000,00; progetto 7x7: 1.800,10; riorganizzazione funzioni sanitarie: 3.000,00; mantenimento attività biologi: 1.800,00; contenimento spesa: 16.000,00.
<b>CRO Aviano</b>	58.268,00	importo interamente impegnato sui seguenti 7 obiettivi: messa a regime della piattaforma tecnologica condivisa di citofluorimetria: 10.405,00; trasferimento diagnostica dei tumori ereditari mammella/ovaio: 12.486,00; identificazione e trasferimento in DN_LAB/G 3: 4.162,00; inserimento a sistema DN_ LAB/g3 deli esami diagnostica molecolare su tumori solidi: 14.567,00; migrazione del sistema di posta elettronica verso la piattaforma regionale Exchange: 12.486,00; revisione del manuale delle procedure del Sistema gestione qualità: 2.081,00; rifacimento del sito web istituzionale: 2.081,00.
<b>Burlo Trieste</b>	47.800,00	importo impegnato sui seguenti 12 obiettivi: assicurare la continuità dei servizi assistenziali e tecnico diagnostici: 3.000,00; creazione archivio di procedure operative formalizzate dall'istituto: 6.000,00; percorso interno facilitato per la gravidanza fisiologica a gestione ostetrica: 450,00; implementazione orario distribuzione farmaci a pazienti in dimissione: 9.200,00; proposta di implementazione del laboratorio di citometria per mezzo di collaborazione inter dipartimentale: 6.650,00; organizzazione del percorso clinico assistenziale in caso di feto malformato: 3.000,00; rilevazione customer satisfaction: 6.000,00; sinergie organizzativo funzionali S.C. servizio tecnico edile impiantistico e ingegneria clinica acquisizione tecnologie beni e servizi: 4.000,00; monitoraggio adempimenti di cui al piano triennale della prevenzione: 9.500,00.
<b>TOTALE</b>	<b>626.520,91</b>	

Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2014 ALLEGATO 9		
AZIENDA	quote 2014 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	51.668,79	quota interamente distribuita su obiettivi strategici aziendali
A.S.S. n. 2 Isontina	68.470,65	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 12 obiettivi: partecipazione attività di screening per patologie asbesto correlate; creening per Wnv; screening per colon retto; DSM: GECT; riqualificazione dell'offerta della presain carico della disabilità grave; avvio dei sistemi di controllo per la tracciabilità dei rifiuti; verifica periodica compensi tariffa dell'ALPI; riorganizzazione dei servizi assistenziali aziendali; gestione budget di risorse incrementali rispetto all'incarico sottoscritto; coordinamento sinergie e rotazione del personale; attività anticorruzione; conduzione della revisione del sito aziendale. A questi obiettivi sono stati dsistribuiti ulteriori 82.979,35 (RAR anni precedenti).
A.S.S. n. 3 Alto Friuli	38.020,00	importo impegnato prioritariamente sui seguenti 9 obiettivi: monitoraggio variazioni di stress nella psicoterapia: 1.800,00; formazione e compilazione del questionario di autovalutazione: 7.800,00; centralizzazione report su qualità e rischio clinico: 4.000,00; applicazione procedure jci: 9.600,00; formazione e compilazione questionario di autovalutazione: 1.800,00; decentramento dei progetti di qualità alle singole strutture ospedaliere: 5.500,00; centralizzazione report di qualità e rischio clinico: 4.320,00; progetto unificazione laboratori: 2.000,00; miglioramento informazioni al paziente ricoverato: 1.200,00.
A.S.S. n. 4 Medio Friuli	76.297,49	importo i mpegnato prioritariamente nei seguenti 9 obiettivi: coordinamento attività consultori familiari; verifiche impiantistiche; screening colon retto; Netw ork audit ed osservazioni; analisi offerta riabilitativa ex art. 26 L. 833/78; attività trasparenza e anticorruzione; studio di fattibilità per riqualificazione e utilizzo immobili del parco di S. Osvaldo; adempimenti correlati al processo telematico; riorganizzazione funzioni di Area Vasta; miglioramento performance per ogni singolo centro di attività. A tali obiettivi è stata distribuita una ulteriore quota pari a €12.937,00(RAR 2013).
A.S.S. n. 5 Bassa Friulana	49.250,00	importo impegnato prioritariamente nei seguenti 15 obiettivi: sicurezza sul lavoro: 5.000,00; sicurezza ristorazione scolastica: 1.250,00; sicurezza alimentare: 1.250,00; recupero crediti prestazioni ambulatoriali: 1.000,00; sviluppo e qualificazione unità valutazione multiprofessionale: 4.500,00; censimento e monitoraggio malattie rare e genetiche: 3.750,00; promuovere permanenza dei minori in famiglia: 6.250,00; attività di prevenzione delle dipendenze patologiche: 2.500,00; garanzia attività in carenza di organico: 8.750,00; istruttoria sanzioni amm.ve da procedimenti verbali: 1.250,00; attività coordinamento AGL: 1.250,00; nuovo servizio di risonanza magnetica a Latisana: 3.350,00; razionalizzazione della spesa telefonia mobile: 2.450,00; valutazione rischio fulminazione nei luoghi di lavoro. 3.350,00; contenimento spesa acquisti per Presidi: 3.350,00.
A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale	23.239,90	importo interamente impegnato sui seguenti 4 obiettivi: promozione di una corretta alimentazione per soggetti con disagio psichico: 3.936,09; prevenzione dei comportamenti a rischio e uso di sostanze negli adolescenti: 11.808,27; attività ex D.Lgs. n. 118/2011: 3.495,54; definizione di strategie didattiche per aiutare l'acquisizione della patente di guida per persone con disturbo specifico di apprendimento: 4.000,00.

<b>A.O.U. Trieste</b>	-	
<b>A.O.U. Udine</b>	138.387,38	133.316,00 importo impegnato per progetti strategici di efficienza e sviluppo quali - quantitativo (mantenimento delle attività anche in carenza di organico); miglioramento delle prestazioni; 5.070,65: quota distribuita su obiettivi strategici aziendali.
<b>A.O. Pordenone</b>	46.575,00	importo impegnato nei seguenti 5 obiettivi: screening colon retto: 16.800,00; mantenimento attività in condizione di isorisorse: 14.400,00; ristrutturazione ospedale di S. Vito: 12.600,00; ristrutturazione ospedale PN: 1.500,00; mantenimento attività in condizione di isorisorse: 1.275,00.
<b>CRO Aviano</b>	33.314,17	importo interamente impegnato sui seguenti 5 obiettivi: incremento del 2% dei volumi dell'attività ambulatoriale 16.665,49; gestione registro tumori: 4.162,17; questionari Patto DG su clima interno e esterno: 2.081,17; supporto alle unità operative nel monitoraggio per l'appropriatezza dell'uso dei farmaci ad alto costo: 8.324,17; prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni: 2.081,17.
<b>Burlo Trieste</b>	8.067,66	quota interamente distribuita su obiettivi strategici aziendali.
<b>TOTALE</b>	<b>533.291,04</b>	

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE