

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 349 DEL 4 MARZO 2016

CONSOLIDATO PREVENTIVO 2016 – ALLEGATO 1

---

**PROGRAMMA PREVENTIVO CONSOLIDATO 2016  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

---

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

## INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	pag 4
<b>1. ITER E SCENARIO</b> .....	" 5
<b>2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI</b>	
2.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni .....	" 9
2.2 Promozione della salute e prevenzione .....	" 9
2.3 Assistenza Primaria .....	" 11
2.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali .....	" 13
2.5 Assistenza Farmaceutica .....	" 14
2.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari .....	" 14
2.7 Sistema informativo .....	" 15
<b>3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE</b> .....	" 17
<b>4. INVESTIMENTI</b>	
4.1 Piano degli investimenti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015 - variazioni al 31.12.2015 .....	" 23
4.2 Attrezzature soggette a specifica autorizzazione della Giunta Regionale .....	" 34
<b>5. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE</b>	
AAS n.1 "TRIESTINA"	
Linee Progettuali .....	" 37
Gli investimenti nell'azienda .....	" 80
AAS 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"	
Linee Progettuali .....	" 81
Gli investimenti nell'azienda .....	" 126
AAS 3 "ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI"	
Linee Progettuali .....	" 128
Gli investimenti nell'azienda .....	" 168
AAS 4 "FRIULI CENTRALE"	
Linee Progettuali .....	" 169
Gli investimenti nell'azienda .....	" 212
AAS 5 "FRIULI OCCIDENTALE"	
Linee Progettuali .....	" 213
Gli investimenti nell'azienda .....	" 250
AOU "OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE"	
Linee Progettuali .....	" 252
Gli investimenti nell'azienda .....	" 295

AOU "SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA" DI UDINE	
Linee Progettuali .....	" 296
Gli investimenti nell'azienda .....	" 339
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE	
Linee Progettuali .....	" 340
Gli investimenti nell'azienda .....	" 365
IRCCS "CRO" DI AVIANO	
Linee Progettuali .....	" 366
Gli investimenti nell'azienda .....	" 390
ENTE PER LA GESTIONE ACCENTRATA DEI SERVIZI CONDIVISI	
Linee Progettuali .....	" 391
Gli investimenti nell'azienda .....	" 396

## PREMESSA

Il presente documento, è il risultato del consolidamento dei programmi annuali per l'anno 2016 degli enti del Servizio sanitario regionale sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia e costituisce, ai sensi della Legge regionale n. 49/96, il programma preventivo consolidato del Servizio sanitario regionale per l'anno 2016.

E' articolato nei seguenti capitoli:

Capitolo 1 – I ter e scenario.

Descrive il processo che ha guidato la costruzione e approvazione dei piani aziendali ed il loro relativo consolidamento nonché, sinteticamente, gli aspetti formali entro cui è avvenuto il processo di programmazione 2016 e le modalità con cui il monitoraggio del programma annuale dovrà essere effettuato.

Capitolo 2 – Le progettualità annuali.

Illustra la programmazione 2016 in termini di attività e di realizzazione delle progettualità indicate dalle linee di gestione, e come risultano complessivamente adottate dai piani attuativi aziendali.

Capitolo 3 – La gestione delle risorse umane.

Descrive la manovra complessiva prevista per il 2016 in materia di assunzioni del personale.

Capitolo 4 – Il piano degli investimenti.

Riporta le risorse utilizzate, per il piano annuale degli investimenti del 2015 con le variazioni apportate alla data del 31.12.2015, suddivise fra risorse regionali, risorse stateli e risorse proprie aziendali.

Capitolo 5 – Schede di sintesi per Azienda.

Riporta analiticamente per ciascuna Azienda gli obiettivi ed i risultati attesi afferenti alle linee progettuali assegnate. Le schede aziendali relative al piano degli investimenti comprendono le variazioni apportate ai piani 2015 alla data del 31.12.2015.

In fase di stesura del programma consolidato, la Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali e famiglia ha ritenuto in alcuni casi di meglio precisare e talvolta di modificare, esclusivamente per aspetti tecnico-formali, alcuni risultati attesi originariamente indicati dalle Aziende, sia nelle schede di sintesi che nei piani di produzione dei tempi di attesa, negli altri casi di sottoporre all'approvazione dalla Giunta la modifica o integrazione di obiettivi e risultati attesi, così come ulteriormente e dettagliatamente indicato nello specifico documento di cui al punto 1) allegato 6, al decreto di adozione del Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia ed altresì allegato alla deliberazione di verifica di conformità della Giunta regionale.

# 1. ITER E SCENARIO

## L'ITER DELLA PROGRAMMAZIONE 2016

Le Linee annuali per la gestione costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa del Servizio sanitario regionale. Più specificatamente, per l'anno 2016, i provvedimenti che hanno delineato tale processo sono stati:

- DGR 2393 del 27 novembre 2015 "Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2016: approvazione preliminare";
- DGR 2559 del 22 dicembre 2015 "Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2016: approvazione definitiva";

Il percorso di predisposizione dei programmi aziendali 2016, così come specificato dalle Linee, si è realizzato attraverso la seguente successione:

1. invio alle Aziende delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2016", avvenuto con nota prot. n. 20741/P del 4/12/2015;
2. predisposizione da parte delle Aziende delle proposte di Piano Attuativo Locale/Ospedaliero annuale (PAL/PAO) ed invio della proposta alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito denominata Direzione centrale salute) per la negoziazione. Per l'anno 2016, le Aziende commissariate (AAS1/AOUTS E AAS4/AOUUD) hanno predisposto un piano unico integrato per la parte della programmazione e degli obiettivi, mentre hanno presentato due distinti bilanci;
3. negoziazioni della Direzione centrale salute con le Aziende, aventi ad oggetto la verifica della fattibilità tecnica, sostenibilità economica e rispetto delle indicazioni pianificatorie regionali delle proposte di PAL/PAO presentate.  
Gli incontri, convocati con nota prot. n. 20794/P del 7/12/2015, sono avvenuti nelle giornate del 18-21-22 dicembre 2015.  
Gli incontri si sono conclusi con ulteriori precisazioni ed indicazioni finali da parte della Direzione Centrale Salute circa le modifiche da apportare alle proposte di PAL/PAO presentate.
4. adozione dei PAL/PAO 2016 da parte delle Aziende, avvenuta entro 31.12.2015, mediante l'approvazione dei seguenti atti:

Azienda	PAL/PAO	Parere Collegi Sindacali
Aas 1	Decreto del Commissario straordinario n. 613 del 30.12.2015	Verbale n. 14 del 14.1.2016
Aas 2	Decreto del Direttore generale n. 720 del 31.12.2015	Verbale n. 1 del 20.1.2016
Aas 3	Deliberazione del Direttore generale n. 522 del 31.12.2015	Verbale n. 11 del 18.1.2016
Aas 4	Decreto del Commissario straordinario n. 320 del 30.12.2015	Verbale n. 24 del 12.1.2016
Aas 5	Decreto del Direttore generale n. 714 del 30.12.2015	Verbale n. 12 del 14.1.2016
Aou Ts	Decreto del Commissario straordinario n. 378 del 29.12.2015	Verbale n. 1 del 13.1.2016
Aou Ud	Decreto del Commissario straordinario n. 1049 del 30.12.2015	Verbale n. 14 del 11.1.2016
Burlo	Decreto del Direttore generale n. 134 del 30.12.2015	Verbale n. 34 del 18.1.2016
Cro	Deliberazione del Direttore generale n. 281 del 30.12.2015	Verbale n. 34 del 11.1.2016
Egas	Decreto del Commissario straordinario n. 88 del 31.12.2015	Verbale n. 10 del 14.1.2016

E' inoltre pervenuto il parere della Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci dell'AaS3.

5. adozione da parte della Direzione centrale salute del presente programma e del bilancio preventivo consolidato 2016, ai sensi degli art. 16, comma 3 e 20, comma 4 della L.R. n. 49/1996, e della LR n 12/2009 di modifica della governance del SSR, da trasmettersi alla Giunta regionale;
6. approvazione successiva, da parte della Giunta regionale, del provvedimento di verifica di coerenza dei predetti atti con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'art. 12 della L.R. 49/96, nonché con le Linee annuali per la gestione.

#### **MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA**

Il monitoraggio dell'attuazione del presente programma e del rispetto dei vincoli di bilancio sarà effettuato secondo le indicazioni della LR n. 26 del 10 novembre 2015 con dei rendiconti quadrimestrali, redatti e approvati dalle singole Aziende.

	I quadrimestre	II quadrimestre	III quadrimestre
Risorse economiche	●	●	
Manovra del personale	●	●	
Piano degli investimenti		●*	●
Progettualità aziendali	●	●	

\*e previsione chiusura III quadrimestre

## LO SCENARIO

La programmazione 2016, sulla base di quanto previsto dalle Linee di gestione è caratterizzata dal completamento del riordino istituzionale, avviato nel 2015 successivamente all'emanazione della LR n. 17/2014 con la quale è stato ridefinito l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria.

Di conseguenza l'attività del 2016, è contraddistinta dai seguenti elementi:

- a. Incorporazione delle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e n. 4 "Friuli centrale" rispettivamente con l'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero universitaria "Santa Maria della Misericordia", a seguito della sottoscrizione dei protocolli d'intesa fra Regione e Università. Le aziende a seguito dell'incorporazione assumeranno il nome di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine". Nelle more della stipula del protocollo d'intesa le aziende opereranno comunque in maniera integrata.
- b. Proseguimento, nonché perfezionamento delle modalità di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, secondo criteri standard, in particolare con l'implementazione della linea di finanziamento della funzione dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dal piano regionale (DGR 2039/2015).
- c. Applicazione del DM 70/2015 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*.
- d. Norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:
  - DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review";
  - DL 13-9-2012 n. 158 "Decreto Balduzzi", convertito con legge n. 189 del 8-11-2012;
  - DL 18-10-2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese";
  - DL n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 "spending review 2015"
- e. . Modifica della geografia dei servizi tramite:
  - Rinforzo dell'assistenza primaria;
  - Proseguimento della riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti al 3,0 per 1.000 abitanti e aumento dei posti letto ospedalieri di riabilitazione allo 0,3 per 1.000 abitanti;
  - Completamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri;
- f. Ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA).
- g. Armonizzazione degli ambiti sociosanitari con la riforma degli Enti locali.
- h. Consolidamento delle misure di protezione sociale.

Nel corso del 2016, dovrà proseguire l'attuazione di alcuni provvedimenti di programmazione adottati, tra i quali:

- DGR 2673/2014 "Lr 17/2014, art 18, comma 3 e art 27 comma 5: approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera."
- DGR 929/2015: "Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici."
- DGR 2365/2015: "Piano regionale della prevenzione 2014-2018 della regione friuli venezia giulia. approvazione definitiva."
- DGR 2039/2015 "Lr 17/2014, art 37 - piano dell'emergenza urgenza della regione friuli venezia giulia: approvazione definitiva."
- DGR 2151/2015: "Lr 17/2014, art 23. dgr 2673/2014 - linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali."

Sempre nel 2016, è previsto che vengano approvati i nuovi Piano Oncologico, Piano Sangue, Piano della Salute Mentale e Piano della Riabilitazione.

All'interno di uno scenario così definito, anche per il 2016 le scelte strategiche regionali, sono orientate alla governance clinica integrata, intesa come un insieme di strategie, regole, accordi, procedure e comportamenti individuali e collettivi, che le organizzazioni attivano per assicurare la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali e di rispondere reciprocamente, management e professionisti, di tali decisioni. Si ritiene necessario:

- a. Revisione dei setting assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità, definendo anche le modalità di collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale.
- b. Promozione della salute e assistenza integrata.
- c. Razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia, con l'obiettivo di eliminare le pratiche obsolete ed inutili, disinvestendo ciò che è inefficace (spreco) e reinvestendo le risorse e le competenze recuperate in pratiche o interventi sanitari o organizzativi efficaci.
- d. Adozione, nelle scelte di programmazione aziendale, di valutazioni di tecnologia (HTA), sia per le tecnologie che per i processi assistenziali.
- e. Proseguimento della revisione degli attuali modelli organizzativi mediante processi di analisi per ridurre gli sprechi, al fine di un uso efficiente delle risorse.
- f. Garanzia del rispetto dei tempi d'attesa in regime ospedaliero ed ambulatoriale in coerenza con la DGR 2034/2015 e sua applicazione.
- g. Introduzione più estesa di strumenti di valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute della comunità.
- h. Sostegno ai processi di governance con l'estensione e l'innovazione della tecnologia informatica.
- i. Attuazione della legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015.

## 2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI

Tenuto conto dello scenario di riferimento e richiamate le scelte strategiche illustrate nel capitolo precedente, la programmazione annuale 2016 degli enti del Servizio sanitario regionale, sulla base di quanto previsto dalle Linee di gestione, è orientata allo sviluppo delle progettualità di seguito illustrate.

### 2.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni

Successivamente all'incorporazione delle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e n. 4 "Friuli centrale" rispettivamente con l'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero universitaria "Santa Maria della Misericordia", le Direzioni aziendali delle nuove "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine", nonché l'Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste, dovranno predisporre ed inviare alla Direzione Centrale Salute le proposte dei nuovi **atti aziendali**, redatti secondo i principi e criteri deliberati dalla Giunta regionale.

Dovrà proseguire l'applicazione di quanto previsto dalle DGR 2673/2014 (in merito alla dotazione di posti letto per acuti), DGR 929/2015 e DGR 2151/2015. In particolare per l'area pordenonese devono essere integrate le funzioni di Anatomia patologica, Laboratorio analisi, Microbiologia, Medicina nucleare e Oncologia, fra CRO e presidio ospedaliero Santa Maria degli Angeli di Pordenone sulla base di specifici accordi.

Nel corso del 2016 è previsto a livello regionale l'implementazione di linee di sviluppo sui servizi di **Reumatologia, Malattie infettive e l'Assistenza Veterinaria**.

L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (**EGAS**) si prenderà carico di ulteriori funzioni di carattere amministrativo e tecnico (concorsi del personale del comparto, avvio di procedure di gara per appalti pubblici e realizzazioni di studi di fattibilità e progettazioni preliminari per appalti pubblici, attivazione del provveditorato unico) e di alcune funzioni carattere sanitario (Centrale operativa 118 regionale, CUP regionale, lavorazione, validazione e produzione degli emocomponenti). Nel corso dell'anno il Comitato di indirizzo dell'Ente, valuterà inoltre ulteriori ambiti di sviluppo/intervento su questioni di interesse strategico.

Verrà data progressiva attuazione al nuovo **Piano dell'Emergenza Urgenza** della regione, con l'attivazione della Centrale operativa 118 regionale e con l'avvio della nuova distribuzione delle ambulanze, la riorganizzazione dei Punti di primo intervento, la definizione del piano delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanze e l'approvazione delle competenze e dei profili del personale infermieristico di centrale operativo 118 e dei volontari/soccorritori delle associazioni di volontariato.

Come già menzionato, nel 2016 dovranno essere approvati il nuovo **Piano Sangue, Piano oncologico, Piano della riabilitazione e Piano della salute mentale**.

Proseguirà infine la **riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia**, che prevede la realizzazione di 3 centri hub presso i presidi ospedalieri Santa Maria degli Angeli di Pordenone, Cattinara-Maggiore di Trieste e Santa Maria della Misericordia di Udine con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri spoke.

### 2.2 Promozione della salute e prevenzione

La prevenzione e promozione della salute, coerentemente con la centralità assegnata dalla legge di riforma del Servizio sanitario regionale, sono funzione fondamentale della programmazione della

salute regionale. Con DGR 1243/2015 è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 con il quale sono stati individuati dei macro obiettivi e definiti dei programmi, delle azioni e degli indicatori, che coinvolgendo in modo coordinato e trasversale tutte le strutture aziendali mirano al raggiungimento degli stessi.

La programmazione per il 2016, a fronte di ciascun programma individuato dal Piano, ha identificato degli obiettivi specifici e definito un risultato atteso.

Nell'ambito del **programma I PRP Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici**, viene sviluppato ulteriormente il potenziale preventivo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare malattie croniche, cardiovascolari e non solo. Oltre al miglioramento dei percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari, si persegue la collaborazione tra medicina generale e servizi di salute mentale per l'intercettazione dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi. Proseguono i programmi regionali di **screening oncologico (programma II PRP)** con i quali si vuole affiancare ad azioni di miglioramento del sistema di chiamata, azioni di informazione e formazione rivolte alla popolazione ed agli operatori sanitari, con l'obiettivo di mantenere la buona estensione raggiunta dai tre programmi e migliorarne l'adesione. Il **programma III "Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani"** individua nelle scuole il luogo privilegiato per promuovere comportamenti sani e in ragione di ciò diviene indispensabile intervenire sul contesto favorendo da parte della scuola e degli enti gestori un'offerta alimentare più salubre e promuovendo interventi sulla tutela della sicurezza e salute negli ambienti di vita, studio e lavoro, attraverso un'attività educativa e informativa, indirizzata prioritariamente nei confronti dei giovani cittadini e dei futuri lavoratori. In tema di **Prevenzione delle dipendenze (programma IV PRP)**, la prevenzione primaria e secondaria gioca un ruolo fondamentale. È essenziale che siano definite strategie integrate focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita. Le malattie croniche devono essere combattute soprattutto agendo sui fattori di rischio, tra i quali la sedentarietà gioca un ruolo fondamentale. Sono quindi realizzate le condizioni necessarie per **promuovere l'attività fisica (programma V PRP)**, sia come fattore di prevenzione delle malattie croniche sia come strumento di miglioramento del benessere in soggetti già affetti da tali patologie.

Il **programma VIII "Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo"**, è trasversale alle attività di vigilanza e controllo svolte da diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione. Nuove iniziative di informazione, assistenza e formazione dovranno essere rivolte a professionisti, uffici tecnici delle amministrazioni pubbliche e alle imprese, per l'attuazione della LR 84/2015. Sarà consolidato il confronto con la Magistratura delle Procure della Repubblica della Regione al fine di garantire maggiore omogeneità nelle attività di Polizia Giudiziaria sul territorio regionale, nel rispetto prioritario della mission degli organi di vigilanza e di prevenzione del sistema sanitario.

La programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture organizzative per prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro privilegerà, i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate nel corso degli scorsi anni (**Programma IX PRP Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio**).

Per quanto riguarda l'**Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**, anche negli altri comparti produttivi o di servizio si dovrà garantire un'omogenea attività di vigilanza e assistenza in materia di salute e sicurezza, ponendo come priorità il controllo dell'adeguatezza della valutazione e delle attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalle differenze di genere, quelli individuali legati all'età, e quelli legati a rischi emergenti. Sarà inoltre avviato un progetto di promozione della

salute nei luoghi di lavoro indirizzato ai dipendenti delle aziende sanitarie come prima applicazione, per poi valutarne successivamente l'estensione ad altri ambiti.

In tema di **Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)** saranno mantenuti attivi i progetti nazionali di sorveglianza e monitoraggio secondo le indicazioni del Comitato ex art. 5 del Decreto Legislativo 81/08; il ruolo del Comitato regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del DLgs 81/08 sarà valorizzato come luogo di condivisione, coordinamento e monitoraggio di tali programmi con le parti sociali e le altre istituzioni, in coerenza con i principi di trasparenza, semplificazione ed efficacia. Nell'ambito Veterinario e degli Alimenti la Regione è impegnata a implementare e alimentare le infrastrutture già esistenti, al fine di realizzare un unico sistema integrato di reti di sorveglianza epidemiologica, che consenta di mettere a disposizione le informazioni utili a sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi.

Verranno sviluppate le attività previste dal **Programma XII: "Ambiente e salute facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della Salute in tutte le politiche"**, consolidando la collaborazione con ARPA e addivenendo, in collaborazione tra Dipartimenti di Prevenzione e Osservatorio Ambiente e salute, alla definizione di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche ed alla predisposizione di azioni urgenti a tutela della salute umana. Per il 2016, in attuazione di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione sul tema dell'amianto sono previsti degli obiettivi specifici di programmare iniziative di formazione e informazione, mantenere il sistema di monitoraggio al COR e rendere disponibili i dati sui soggetti attualmente esposti. Rimangono prioritarie le attività di sostegno alle persone affette da malattie amianto correlate e di contenimento dei rischi da amianto attraverso l'attività di prevenzione, in particolare la sorveglianza ex esposti ad amianto.

Per quanto riguarda il **Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)**, l'obiettivo di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie verrà perseguito attraverso la realizzazione di programmi di vaccinazione con il fine, tra l'altro di contrastare le disuguaglianze su patologie maggiormente diffuse degli strati di popolazione più svantaggiati garantendo, uguale opportunità per i cittadini. Lo scopo di migliorare le attuali coperture vaccinali verrà perseguito anche potenziando l'informazione e la comunicazione del rischio. Si lavorerà inoltre al miglioramento dei sistemi di sorveglianza, al miglioramento dell'accesso al test HIV, alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, alla formazione per un corretto uso degli antimicrobici.

Le aziende sanitarie dovranno infine realizzare gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di **sicurezza alimentare e di salute e benessere animale**.

### **2.3 Assistenza primaria**

In tema di **sviluppo dell'assistenza primaria**, le linee di gestione 2016 prevedono l'attivazione entro l'anno di tutte le AFT e di almeno 2 CAP in ogni Azienda per l'assistenza sanitaria.

Nei primi mesi dell'anno la Direzione centrale salute organizzerà incontri in ciascuna Azienda finalizzati a fornire indicazioni sugli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative, individuati nell'Accordo integrativo regionale con i medici di medicina generale. Tutte le 5 AAS hanno manifestato piena adesione a tale obiettivo.

La Direzione centrale salute procederà nel 2016 all'**accreditamento** di tutti gli ospedali. L'organismo tecnicamente accreditante, istituito con DGR 2220/2015, entra nella fase di piena operatività. La direzione centrale salute procederà all'adeguamento dei requisiti di accreditamento,

attraverso il regolamento di cui all'art. 49 della legge regionale n. 17/2014, in coerenza con il cronoprogramma stabilito dell'allegato A della citata Intesa CSR del 19/2/2015. Tutti gli enti del SSR hanno manifestato piena disponibilità a partecipare al programma di accreditamento e alla messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi nelle strutture.

Nel 2016 si darà graduale attuazione al programma di **odontoiatria sociale** predisposto in tutto il territorio regionale a cominciare dalle prestazioni odontoiatriche urgenti e delle categorie di soggetti previsti dai LEA e dalle protesi dentarie, secondo i criteri definiti nell'apposito documento regionale. Tutte le Aziende per l'assistenza sanitaria e l'IRCCS Burlo per la parte pediatrica hanno manifestato piena adesione all'obiettivo.

Nel 2016 le AAS procederanno alla riorganizzazione delle reti per le **cure palliative** e la terapia del dolore, garantendone l'integrazione con gli altri percorsi erogati dal territorio, secondo le indicazioni del documento programmatico regionale che sarà adottato nei primi mesi dell'anno.

La direzione centrale salute procederà alla nomina dei componenti del coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore e all'attivazione dei tavoli di lavoro per i percorsi clinico-assistenziali e il monitoraggio delle reti. Sarà inoltre attivato il percorso formativo regionale per i professionisti e gli operatori delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore. Tutte le AAS hanno manifestato piena adesione a tale obiettivo.

Nel primo trimestre 2016 si procederà all'istituzione di un gruppo di lavoro formato da professionisti esperti delle Aziende finalizzato alla redazione del Piano della **salute mentale** regionale. Nel corso del 2016 verrà avviato un percorso propedeutico finalizzato all'attivazione del programma di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie nell'ambito della salute mentale. Nel secondo semestre 2016 continueranno le riunioni periodiche con i professionisti dei DSM al fine di migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale.

Per quanto riguarda le **dipendenze** dovrà essere promossa l'applicazione del Piano d'Azione Regionale sulle Dipendenze, e del Piano Regionale della Prevenzione 2014.2018, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia e altre dipendenze emergenti. A tal fine si intende proseguire le azioni di condivisione delle modalità organizzative e dei percorsi di presa in carico degli utenti.

Allo scopo di migliorare il monitoraggio delle azioni messe in capo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, si intende promuovere la valutazione dell'outcome nei diversi Servizi per le dipendenze regionali.

Nel corso del 2016 continueranno gli incontri dell'Osservatorio regionale per la **sanità penitenziaria** al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi dei servizi di sanità penitenziaria regionali, con la partecipazione, altresì, dell'amministrazione penitenziaria e della magistratura di sorveglianza.

Nel primo semestre 2016 saranno approvati i protocolli operativi locali relativi alle modalità di collaborazione tra Aziende per l'assistenza sanitaria e Istituti penitenziari, coerenti con il protocollo di collaborazione tra Regione e Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria.

Nel primo semestre 2016 sarà recepito a livello regionale il Documento nazionale sulla rete dei servizi per la sanità penitenziaria redatto con la collaborazione con i referenti aziendali per la sanità penitenziaria e condiviso con l'amministrazione penitenziaria e la Magistratura di Sorveglianza in sede di Osservatorio.

Nel corso del 2016 la Regione continuerà a partecipare attivamente al programma nazionale di superamento degli **Ospedali Psichiatrici Giudiziari**, attraverso incontri con i Direttori dei Dipartimenti di salute mentale, la partecipazione al gruppo interregionale per la sanità penitenziaria e presso l'Organismo di coordinamento nazionale per il superamento degli OPG.

Nel primo semestre 2016 si procederà alla valutazione del Piano per la gestione degli interventi transitori della funzione attuato nel 2015, di cui alla DGR 622/2015.

Nel corso del 2016 continuerà la collaborazione con le Prefetture, al fine della sigla di un Accordo Quadro che tratti il tema della vigilanza perimetrale delle REMS.

L'attività di collaborazione internazionale nel settore sanitario e sociosanitario abbisogna di una pianificazione strategica da realizzare in una logica di rete che coinvolga i principali attori del settore nel territorio regionale. Oltre agli enti del SSR in tale rete sono da ricomprendere il mondo accademico e il sistema della ricerca scientifica e tecnologica.

Per indirizzare tale attività sarà costituito un Comitato di indirizzo, con rappresentati gli attori del territorio regionale, con l'obiettivo di favorire la partecipazione del sistema sanitario e sociosanitario alle attività di collaborazione internazionale su temi già individuati dal Piano Strategico regionale e dalla pianificazione regionale di settore.

L'obiettivo affidato agli Enti del SSR, avuto riguardo alle direttrici di attività previste dalla DGR n. 2559 del 22 dicembre 2015, di approvazione definitiva delle linee annuali per la gestione del SSR 2016, è quello della partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche insieme ad altri Enti del SSR, su temi riconducibili alla pianificazione regionale.

Nella considerazione che nel corso del 2015 dovrebbero essere state quindi create negli Enti del SSR le premesse organizzative che consentano di collaborare fattivamente nell'ambito sanitario e sociosanitario al livello internazionale, appare prevedibile nel corso dell'annualità 2016, quindi, la partecipazione di ogni Ente ad almeno un'iniziativa/proposta progettuale a valere sui Programmi europei o di cooperazione internazionale. Tale partecipazione potrà essere autonoma oppure veicolata dal Comitato in via di costituzione e sopra nominato e potrà concernere un progetto, pertanto con gestione complessa, ma anche un evento (workshop, promozione di attività innovative, disseminazione di risultati delle attività di progetti conclusi) gestito direttamente dall'Ente interessato o in partenariato con strutture, anche sanitarie, estere.

## **2.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali**

Sul tema delle attività clinico assistenziali, l'obiettivo prioritario per il 2016 è quello di consolidare le attività avviate successivamente all'emanazione della LR 17/2014.

A seguito dell'attivazione della Rete regionale per la presa in carico delle **gravi insufficienze d'organo e trapianti**, sono state attivate le filiere Fegato e Rene, mentre sono ancora da formalizzare l'avvio delle filiere Cuore, Pancreas e Polmone ed i percorsi assistenziali di tutte le reti.

Nell'ambito dell'**emergenza urgenza**, sono stati individuati specifici obiettivi per quanto riguarda l'ictus (aumento dell'attività di trombolisi), le emergenze cardiologiche (formalizzazione della rete delle emergenze cardiologiche), il trauma (con la formalizzazione della rete trauma e i tempi di trattamento della frattura di femore) e il pronto soccorso ed emergenza urgenza (tempi di trattamento e permanenza nei pronto soccorso regionali).

Sono state previste delle linee di lavoro anche per quanto riguarda le **reti di patologia**, al fine di garantire al paziente in tutto l'ambito regionale, una maggiore appropriatezza e percorsi assistenziali altamente qualificati. Gli ambiti nei quali è previsto di intervenire sono quelli delle Malattie rare, le Malattie reumatiche e le Cure palliative e terapia del dolore. Le aziende parteciperanno con i propri professionisti alla definizione delle reti di patologia e successivamente alla loro approvazione adotteranno le modalità operative-gestionali dei percorsi assistenziali individuati.

Nell'area **materno-infantile**, dovranno essere perseguiti obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa al fine di assicurare migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico. Gli obiettivi individuati come prioritari per il 2016, sono la responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica, il mantenimento e/o miglioramento della percentuale dei parti cesarei e dei parti indotti farmacologicamente, e l'individuazione degli interventi pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola équipe chirurgica e anestesiológica.

Con riferimento al **Piano sangue**, nel 2016 il sistema trasfusionale regionale continuerà a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati, la sicurezza e la qualità della trasfusione, a contribuire alla compensazione nazionale e a garantire il coordinamento intra-regionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione emocomponenti ed emoderivati, nonché il monitoraggio degli obiettivi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale. E' prevista una riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte di Aou di Udine e Trieste, producendo e attuando una specifica progettualità per la raccolta del sangue territoriale a livello regionale, da armonizzare con le previsioni del nuovo Piano Sangue regionale. Alle aziende è richiesto di contribuire all'autosufficienza regionale in maniera appropriata (per la raccolta sia di sangue sia di plasma per l'industria) e ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione. Proseguirà l'attività trasfusionale extra-ospedaliera con l'obiettivo di limitare l'accesso dei pazienti in RSA o in Residenza per anziani agli ambulatori dei servizi trasfusionali per la sola terapia trasfusionale. Si procederà inoltre al rinnovo biennale dell'accreditamento delle strutture trasfusionali regionali.

Per i **tempi di attesa** proseguiranno le azioni intraprese con DGR 2034/2015, nella quale sono state definite le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa. Tra le azioni intraprese per il 2016 le aziende dovranno garantire per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- il rispetto dei tempi previsti per i propri residenti, con le proprie strutture o altre strutture pubbliche e private accreditate per i primi accessi con priorità "B" o "D";
- il rispetto della classe di priorità definita dal prescrittore per le priorità "B" e "D" sulle prestazioni oggetto di monitoraggio.

Le aziende dovranno perseguire ad organizzare le agende delle prestazioni specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta per la priorità P e secondo le tempistiche definite dal gruppo tecnico regionale per la priorità D.

Le attività sul **rischio clinico** l'anno 2016 saranno caratterizzate dalla messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi, dalla loro misurazione nonché dalla verifica (anche attraverso visite) della loro adozione nei diversi contesti.

Gli argomenti che verranno approfonditi saranno in particolare: la sicurezza del farmaco, le misure di "antimicrobial stewardship" e l'empowerment del cittadino.

## **2.5 Assistenza farmaceutica**

Per la programmazione regionale si fa riferimento a quanto riportato nella DGR 2559/2015 "Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2016: approvazione definitiva". In particolare gli enti del SSR dovranno porre in essere tutte le misure indicate nella predetta delibera, al fine di rispettare i vincoli di spesa fissati a livello regionale nonché i tetti di cui al DL 95/2012, promuovendo azioni di incentivazione all'appropriatezza

prescrittiva e all'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo/beneficio. Dovranno essere promosse azioni di monitoraggio e di audit e feedback sia in ambito distrettuale con MMG/PLS sia a livello specialistico e ospedaliero. Dovrà essere assicurato anche un monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa, al fine di razionalizzarne spesa e consumi nel rispetto delle migliori evidenze, adottando inoltre idonei percorsi di erogazione più efficienti per l'SSR.

Al fine di supportare gli Enti del SSR e di dar seguito alle attività di farmacovigilanza e di promozione all'uso appropriato e sicuro dei medicinali, potranno essere sviluppate con gli enti medesimi specifiche progettualità con fondi statali a tal fine previsti (DGR 1365/2015) nonché potrà essere ulteriormente potenziate la collaborazione in essere con le Aziende ospedaliero-universitarie di Udine e Trieste (DGR 2199/2014).

Si rimanda per le specifiche attività a quanto fissato nelle linee per la gestione del SSR per il 2016, di cui alla DGR 2559/2015.

Infine si precisa con riguardo alle procedure di acquisto dei medicinali, tenuto conto delle disposizioni normative entrate in vigore a livello nazionale successivamente alla data di approvazione delle linee per la gestione 2016, che per ogni aspetto e adempimento/vincolo si fa riferimento alle disposizioni di legge.

## **2.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari**

Per quanto riguarda gli **anziani**, a seguito dell'adozione del regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali per anziani le Aziende per l'assistenza sanitaria collaborano al processo di riqualificazione delle residenze per anziani attraverso:

- la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori;
- la valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori;
- il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani.

Le aziende inoltre partecipano all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità previste. In continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, devono proseguire le attività di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani e le verifiche di utilizzo dei sistemi informativi previsti nei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati nel territorio.

In materia di minori nel 2015 sono state deliberate le linee guida per l'**affido** familiare. Sulla base di quanto deliberato:

- Sono a carico all'azienda per l'assistenza sanitaria di riferimento tutti gli interventi sanitari e sociosanitari;
- L'integrazione sociosanitaria nel settore materno infantile va garantita a livello di distretto tramite l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione. L'assistenza materno-infantile è quindi assicurata in primis dal Consultorio familiare;
- Il servizio sanitario nel progetto di affido garantisce la presa in carico del minore affidato e si assume la responsabilità del sostegno al minore e al nucleo familiare;
- Al fine di promuovere e attuare l'istituto dell'affido i SSC e le AAS stipulano appositi protocolli operativi.

Per le **adozioni**, nel 2016 proseguirà il lavoro di elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali ed internazionali mirate a fornire indicazioni sui diversi aspetti e momenti che caratterizzano un percorso di adozione

A tutela delle **minoranze linguistiche**, nel 2016 è previsto il rinforzo del servizio psicopedagogico per la minoranza slovena.

## **2.7 Sistema informativo**

Per quanto riguarda i **sistemi informativi**, nel 2016, si procederà ad un'ulteriore evoluzione dei servizi on line prioritari per il cittadino (estensione del servizio referti on line, pagamento on line per le prestazioni, prenotazione delle prestazioni ambulatoriali almeno per le principali visite di branca, consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate indicando la prima data utile, tempi di accesso ai pronto soccorso per codice triage, sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati).

Proseguono i progetti già avviati, in tema di sicurezza, privacy e ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale per i MMG i PLS e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale. Sono previste nuove progettualità in relazione all'avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale e interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla LR 17/2014. In tema di firma digitale, vengono fissate delle percentuali minime di refertazione con firma digitale rispetto al numero complessivo dei referti nelle strutture dove viene utilizzato il G2 clinico (in particolare la lettera di dimissione ospedaliera) e per il Laboratorio e microbiologia, la Medicina trasfusionale, l'Anatomia patologica, la Radiologia e l'ECC.

Nel 2016 si intende anche intervenire su alcune funzioni rivolte al sistema come la gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero (cartella clinica integrata ed estensione del sistema ECC), la gestione dell'attività in ambito di assistenza primaria (piattaforma di connessione con la medicina generale), la gestione dell'attività dei servizi sociali dei comuni (SSC), i sistemi direzionali aziendali e la connessione del sistema regionale delle farmacie convenzionate al SSR per il ritorno dell'erogato.

### **3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

#### **IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

##### **CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**

La gestione delle risorse umane per l'anno 2016 prosegue nell'ambito del percorso avviato dalla LR n. 17/2016 di riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. Nel corso dell'anno passato sono stati definiti gli standard dell'assistenza distrettuale e di quella ospedaliera per la quale sono state elencate le funzioni di ogni presidio e sono state individuate le strutture complesse sanitarie di ogni Ente del Servizio Sanitario Regionale. È stato, inoltre, formalmente approvato il documento recante i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale.

È pertanto in via di definizione nel corso del 2016 l'organizzazione e il funzionamento degli Enti del SSR, a seguito della quale sarà determinabile il fabbisogno di personale e le relative dotazioni organiche, anche alla luce dell'attuazione dei progetti di riorganizzazione delle funzioni.

La manovra del personale deve quindi trovare la necessaria integrazione con tale contesto.

Nel 2016 permangono come per l'anno passato misure complessive di contenimento dei costi derivanti dalle vigenti normative nazionali orientate ad operare la revisione e la riduzione dei programmi di spesa e ridimensionare gli assetti organizzativi.

Rispetto a questo scenario, le regole per la programmazione delle risorse umane nell'anno 2016 dettate dal documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale sono proseguite sulla scorta di quanto stabilito nel 2015, con la finalità di portare a compimento il progetto di riforma del SSR.

Nel 2016 permane il limite di costo per l'assunzione di personale: il costo del personale dipendente non può superare il valore a consuntivo dell'esercizio 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

Nell'ambito di tale vincolo le aziende dovranno definire il proprio fabbisogno annuale di personale necessario per il funzionamento delle singole strutture in relazione all'attuazione dell'atto aziendale. Nella determinazione del fabbisogno le aziende dovranno tenere, altresì, conto delle procedure di stabilizzazione di cui al DPCM del 6.03.2015 individuando i posti oggetto di selezioni riservate.

Nell'ambito di tale vincolo di gestione, inoltre, le aziende sono svincolate da ogni autorizzazione preventiva per le assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato, per il personale del comparto dedicato all'assistenza (personale appartenente al ruolo sanitario e l'operatore socio sanitario del ruolo tecnico). Per tale personale le aziende potranno derogare al tetto dell'1% per motivate esigenze assistenziali da autorizzare da parte della Regione.

Si deve ricordare la nuova normativa in tema di orario di lavoro ed in particolare l'articolo 14, comma 1, della L. 30 ottobre 2014 n. 161 che ha disposto l'abrogazione dal 25 novembre 2015 del comma 6 bis dell'articolo 17 del d. lgs. 8 aprile 2003, n. 66 e dell'articolo 14, comma 13, del DL 25 giugno 2008 n. 112 convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008 n. 133.

A seguito di tali disposizioni le aziende devono garantire il diritto del personale sanitario a undici ore di riposo consecutivo ogni 24 ore e il rispetto delle disposizioni in materia di durata massima dell'orario di lavoro.

Restano invece soggette ad autorizzazione preventiva:

- a. l'acquisizione a tempo determinato e a tempo indeterminato del personale del comparto del ruolo amministrativo, del ruolo tecnico (esclusi gli OSS) e del ruolo professionale;
- b. l'acquisizione a tempo determinato e a tempo indeterminato del personale della dirigenza;
- c. la copertura degli incarichi dirigenziali relativi alle Strutture complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali.

Si precisa che le regole di cui sopra, trovano applicazione anche per il personale comandato.

Nell'ambito degli obiettivi di carattere generale appena descritti, le successive indicazioni metodologiche trasmesse con nota prot. n. 20741 del 4.12.2015 hanno poi specificato i criteri sui quali le aziende e gli enti del SSR dovevano programmare il piano assunzioni 2016. 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 nelle corrispondenti voci del nuovo piano dei conti approvato con decreto DC n. 853/DICE del 10.09.2014 e riepilogate in apposita tabella;
- tenuto conto che alcune modifiche apportate all'articolo 9 della Legge n. 122/2010, dalla Legge n. 190/2014 (legge di stabilità 2015), produrranno anche costi ricadenti nelle voci fisse e quindi concorreranno a determinare il limite di costo del personale per l'anno 2016, si è stabilito come fatto per il 2015 che gli effetti di tali automatismi debbano restare neutri rispetto alle manovre del personale per l'esercizio in corso. Le aziende hanno indicato conseguentemente nei piani annuali l'importo stimato per tali quote. Tale importo sarà successivamente certificato a consuntivo, per la valutazione conclusiva del rispetto del sopracitato limite di costo;
- Il costo relativo ai rapporti di lavoro oggetto di trasferimento fra le Aziende in attuazione del processo di riforma del SSR, che impatta sul calcolo dell'1%, dovrà risultare da apposita certificazione congiunta delle aziende interessate attestante l'ammontare di tali risorse. I predetti trasferimenti di risorse fra le Aziende saranno ad impatto economico neutrale;
- la manovra del personale 2016 dovrà trovare la necessaria integrazione con il seguente contesto:
  - percorso avviato dalla riforma del Servizio Sanitario Regionale;
  - provvedimenti di definizione degli standard dell'assistenza distrettuale e di quella ospedaliera per la quale sono anche state elencate le funzioni di ogni presidio e sono state individuate le strutture complesse sanitarie di ogni Ente del Servizio Sanitario Regionale.
  - provvedimento regionale recante i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale.
  - rapporto assistenziale tendenzialmente di una figura di supporto OSS ogni 3 di personale infermieristico.
  - procedure di stabilizzazione di cui al DPCM del 6.03.2015 individuando i posti oggetto di selezioni riservate.
- la manovra annuale, sulla base degli elementi noti (cessazioni conosciute/programmazione fabbisogno) sarà predisposta nel PAL/PAO secondo le regole di cui sopra; nel corso dell'anno la manovra riferita alle diverse figure oggetto di autorizzazione sarà rappresentata in modo più

puntuale, debitamente motivata oltre che integrata della compilazione delle apposite schede riferite al personale dirigente;

- nell'ambito di ciascun processo di esternalizzazione di servizi, ferma restando l'autonoma valutazione di costo efficienza dello stesso, dovrà essere rappresentata alla DCSISPSF la corrispondente riduzione della dotazione organica e delle conseguenti ricadute sui fondi contrattuali.

Sono, inoltre state fornite le seguenti specifiche prescrizioni:

- per quanto riguarda l'acquisto di prestazioni aggiuntive nel 2016, ai sensi dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005, deve essere mantenuto nel limite del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell'anno 2012. Il ricorso all'acquisto di prestazioni aggiuntive dovrà prioritariamente utilizzarsi per la riduzione delle liste di attesa. Preventivamente all'acquisto di prestazioni aggiuntive le aziende e gli enti del SSR dovranno fare ricorso agli istituti contrattuali del lavoro straordinario e dell'utilizzo della retribuzione di risultato. È necessaria una specifica autorizzazione della sia in caso di utilizzo di tale strumento contrattuale che in caso di necessità di superamento di tale limite del 50%;
- art. 4, comma 1, lettera d) DL 13.09.2012 n. 158: facendo seguito a quanto richiesto con nota della DCSISPSF n. 7837 del 16.04.2015, le aziende ed enti del SSR provvedono a comunicare alla Direzione Centrale Salute il luogo e la data di sorteggio dei componenti della commissione per le selezioni finalizzate al conferimento degli incarichi di responsabili di SOC delle aziende ed enti del SSR;
- 1% fondo produttività/risultato: nel bilancio di previsione 2016 le aziende provvederanno all'accantonamento al fondo incentivazioni del personale dipendente di un incremento pari allo 0,50%: tale cifra non può essere erogata, neanche a titolo di acconto, fino a che non sia accertato a consuntivo il pareggio o l'avanzo di amministrazione;
- atti aziendali: in relazione a quanto previsto dalle Linee di gestione nel paragrafo dedicato agli Atti Aziendali, le aziende nel corso del 2016, sulla base di apposite indicazioni, predisporranno un piano di fabbisogno del personale triennale complessivo anche dell'attuazione dell'atto aziendale che evidenzia in modo analitico l'impatto economico derivante dalla realizzazione dello stesso sia sul versante dei costi del personale che dei fondi contrattuali. In particolare le aziende dovranno tenere conto delle attuali disposizioni di coordinamento delle finanze pubbliche ed in particolare:
  - o articolo 9, comma 2-bis del DL n. 78/2010;
  - o articolo 9-quinquies del DL n. 78/2015 convertito con L. n. 125/2015;
  - o comma 236 Legge n. 208/2015 (legge di stabilità 2016)
- residui fondi aziendali: le Aziende in sede di contrattazione integrativa, dovranno cercare idonei strumenti per ridurre al massimo la generazione di residui, mantenendo la distribuzione delle risorse nell'anno di competenza e associandole, attraverso apposito accordo integrativo aziendale, ad obiettivi preventivamente concordati, misurabili e valutabili secondo i principi normativi e contrattuali vigenti;
- fabbisogno di personale: nel corso del 2016 la DCSISPSF procederà alla definizione di standard e parametri relativi al personale amministrativo, sanitario e tecnico al fine di individuare i fabbisogni concreti, sulla base delle funzioni effettivamente svolte dalle aziende ed enti del SSR; la definizione degli standard terrà conto della vigente normativa di riferimento.

Sulla base di questi elementi si è svolta la negoziazione con la Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali nel corso del mese di dicembre 2016 che ha prodotto il bilancio preventivo 2016 debitamente deliberato da tutte le aziende.

Le Aziende, sulla base della metodologie indicata dalle Linee di gestione dalle indicazioni metodologiche hanno, quindi, esplicitato una programmazione del personale "di massima", poiché la manovra riferita al 2016 può trovare completa e puntuale definizione nel corso dell'anno sulla base dei fabbisogni concreti individuati a seguito della definizione degli standard di personale, dell'attuazione degli atti aziendali e tenuto conto contestualmente dell'andamento dei costi.

## **LA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE**

Come specificato in premessa la manovra del personale dipendente risultante dai piani definitivi è parzialmente rappresentativa, tenuto conto che il piano assunzioni va predisposto e sviluppato anche sulla base degli esiti dei fabbisogni di personale, dell'approvazione degli atti aziendali nonché dell'attuazione delle scelte strategiche regionali in relazione ai progetti di riorganizzazione delle funzioni.

Tenuto conto del contesto di riforma del SSR nonché delle risorse complessivamente disponibili, la manovra del personale andrà necessariamente valutata e realizzata in base alle regole contenute nelle linee per la gestione del 2016; il perseguimento dell'obiettivo di riduzione dei costi delle voci fisse di personale 2016, dell'1% rispetto al costo 2012, impone, infatti, una prudente gestione delle risorse umane e delle scelte assunzionali.

Ciò, in linea con il necessario perseguimento e realizzazione graduale delle misure di contenimento della spesa del personale nonché del rispetto del blocco delle risorse destinate al trattamento accessorio complessivo del personale dipendente derivante dalle disposizioni statali in un quadro regionale di complessiva riduzione delle risorse economiche.

La realizzazione della manovra del personale dovrà, altresì, trovare coerenza con l'attuazione delle progettualità portate avanti dalle Linee di gestione ed in particolare:

- sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni con particolare riferimento alla DGR n. 929/2015;
- incorporazione delle aziende ospedaliero universitarie di Trieste e Udine rispettivamente nelle aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e 4 a seguito della sottoscrizione dei protocolli di intesa fra regione e università;
- graduale attuazione degli atti aziendali approvati;
- attuazione per gli aspetti riguardanti il personale delle funzioni affidate all'Ente per la Gestione Accentrate dei Servizi Condivisi.

Alla luce delle prescrizioni stabilite dalla pianificazione regionale in tema di personale per il 2016, i piani aziendali definitivi risultanti dalla fase negoziale, non hanno prodotto, come in passato, una previsione di forza in termini numerici del personale alla fine del 2016: il fabbisogno sarà determinato nel corso dell'anno nel rispetto dei vincoli economici e tenuto conto delle modalità operative che saranno via via definite in relazione alle funzioni oggetto di riorganizzazione.

## **ASSUNZIONI 2016**

Tenuto conto che anche la programmazione per il 2016 si inserisce in un contesto di compimento dell'architettura del servizio sanitario regionale iniziato nel 2015, inducendo quindi la pianificazione regionale ad interventi mirati alle azioni di riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera, delle funzioni di assistenza primaria e di quelle tecnico-amministrative, le manovre di assunzione, fatto salvo per le figure di personale specificatamente indicate in premessa, sono oggetto di autorizzazione da richiedere di volta in volta alla Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria Politiche Sociali e Famiglia.

A seguito dell'autorizzazione regionale, la manovra delle assunzioni programmata e richiesta nel corso dell'anno potrà realizzarsi esclusivamente nel rispetto dei vincoli di seguito stabiliti:

- previo accertamento che la singola assunzione sia effettuata nel rispetto dei vigenti vincoli previsti dalla normativa regionale e nazionale di riferimento;
- rispetto dell'abbattimento dell'1% dei costi fissi del 2012. Per il personale del comparto dedicato all'assistenza (personale appartenente al ruolo sanitario e l'operatore socio sanitario del ruolo tecnico), le aziende possono derogare dal tetto dell'1% per motivate esigenze assistenziali da autorizzare da parte della Regione.

Si specifica che a seguito dell'approvazione degli atti aziendali da parte della DCSISPSF, la copertura degli incarichi dirigenziali relativi alle Strutture complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali resta oggetto di autorizzazione regionale ai fini dell'accertamento della relativa copertura economica sia per le voci fisse che per le voci accessorie.

## **DEROGHE AL VINCOLO ECONOMICO DELL'1% DEL COSTO DEL PERSONALE**

Si precisa che gli effetti derivanti dalle modifiche apportate all'articolo della 9 Legge n. 122/2010, dalla Legge n. 190/2014 (legge di stabilità 2015), relativamente all'indennità di esclusività, il cui riconoscimento produce costi ricadenti nelle voci fisse anche nel 2016, costituiscono un giustificativo ai fini rispetto del vincolo.

Nel corso del 2016 costituiscono, altresì, giustificativi ai fini del rispetto del tetto dell'1%:

- i costi relativi ai comandati out che nel nuovo piano dei conti gravano nei costi fissi;
- i costi inerenti l'eventuale personale acquisito a seguito della gestione transitoria della funzione di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;
- i costi conseguenti alle assunzioni necessarie, al fine di dare attuazione all'articolo 14, comma 1, della L. n. 30 ottobre 2014, n. 161, solo dopo aver messo in atto tutte le misure organizzative indicate nella circolare della DCSISPSF prot. n. 19973 del 20.11.2015;
- i costi riferiti all'acquisizione fino a due unità di assistenti sanitari a tempo determinato in relazione agli obiettivi attribuiti ai Dipartimenti di Prevenzione e all'incremento di attività correlata, in particolare, all'assistenza sanitaria ai migranti;
- i costi riferiti all'acquisizione di personale conseguenti all'attivazione del nuovo Piano dell'Emergenza Urgenza;
- a seguito della sottoscrizione dell'AIR di data 21.12.2015 (2016-2018) approvato con DGR n. 39 del 15.01.2016 e delle conseguenti linee operative di cui alla nota della DCSISPSF prot. n. 2906 del 12.02.2016, le aziende sono autorizzate ad acquisire personale di supporto assegnato (infermiere/collaboratore) sia per il coordinamento delle AFT che per la realizzazione della

medicina di iniziativa (nuove funzioni). Detto personale è reperibile per il 50% mediante processi di reingegnerizzazione delle risorse interne da parte delle aziende, il rimanente con nuove assunzioni che costituiscono giustificativo all'eventuale superamento del vincolo dell'1% del costo del personale 2012.

Ulteriori giustificativi di costi 2016 saranno eventualmente valutati e autorizzati dalla Direzione Centrale Salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia.

### **MONITORAGGIO**

Nel corso dell'anno le Aziende comunicheranno nei report trimestrali lo stato di attuazione della manovra del personale 2016 da realizzarsi in conformità alle indicazioni fornite nel paragrafo precedente ed ogni dato e informazione utile al monitoraggio della gestione delle risorse umane e/o sugli assetti organizzativi sulla base della reportistica che verrà trasmessa dagli uffici della DCSISPS.

### **FORMAZIONE**

Le aziende nei singoli piani hanno presentato le progettualità recependo i principi stabiliti dalle Linee di gestione; in particolare, sui seguenti temi:

- 1) il sistema regionale per la formazione continua e l'ECM
- 2) le priorità regionali
- 3) indicazione per i provider pubblici del SSR
- 4) Indicazioni per tutti i provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM

## 4. INVESTIMENTI

### 4.1 PIANO DEGLI INVESTIMENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2015 - VARIAZIONI AL 31.12.2015

In conformità con quanto definito nei seguenti provvedimenti:

- LR 17/2014 *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria."*
- LR 20/2015 *"Assestamento del bilancio 2015 e del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007."*
- LR 26/2015 *"Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti."*
- DGR 155/2015 *"LR 15/2014 art 8, commi da 6 a 12. Ricognizione sullo stato di avanzamento degli interventi di investimento programmati nel piano 2012. Approvazione preliminare."*
- DGR 340/2015 *"LR 15/2014 art 8, commi da 6 a 12. Ricognizione sullo stato di avanzamento degli interventi di investimento programmati nel piano 2012. Approvazione definitiva."*
- DGR 444/2015 *"Programma per la realizzazione di strutture sanitarie per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. rimodulazione. Approvazione definitiva."*
- DGR 1363/2015 *"L.R. 49/1996, art. 16 e art. 20 – programmazione annuale 2015 del Servizio Sanitario Regionale"*
- DGR 1671/2015 *"LR 49/1996 – finanziamento di interventi di investimento indifferibili nell'ambito del Piano degli investimenti 2015."*
- DGR 1854/2015 *"LR 49/1996 – finanziamento di interventi di investimento nell'ambito del Piano degli investimenti 2015"*
- DGR 1871/2015 *"L.R. 49/1996, art. 16 e art. 20 – programmazione annuale 2015 del Servizio Sanitario Regionale. Modifiche ed integrazioni"*
- DGR 2311/2015 *"LR 14/2015, art 3. POR FESR 2014 - 2020. Approvazione lettera invito azione 3.1.b - riduzione di consumi di energia primaria negli hub ospedalieri. Hub ospedaliero di Pordenone, A.A.S. n. 5 'Friuli Occidentale."*
- DGR 2367/2015 *"LR 27/2012, art 8, commi 2, 2bis, 3, 4, 5, 6 e 7. Riforma DGR 2262/2013, ricognizione sullo stato di avanzamento degli interventi di investimento programmati nei piani 2011 e precedenti."*
- DGR 2371/2015 *"LR 49/1996, art 16 e art 20 programmazione annuale 2015 del servizio sanitario regionale - integrazioni e modifiche al piano degli investimenti del servizio sanitario regionale per l'anno 2015."*

e in base alle verifiche effettuate nel corso delle negoziazioni sulle variazioni al 31.12 ai piani 2015, e sulla copertura finanziaria degli investimenti per il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015 (variazioni al 31.12.2015 dei piani degli investimenti 2015) si dispone quanto segue.

#### 1) FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI

Di seguito vengono riportate le risorse utilizzate per il piano annuale degli investimenti del 2015, suddivise fra risorse regionali, risorse statali e risorse proprie aziendali. Il quadro complessivo delle risorse disponibili e dell'utilizzo del finanziamento regionale è riassunto nelle tabelle finali.

### 1.1) Risorse regionali e statali

Nella tabella si evidenziano le risorse previste nel piano consolidato preventivo dell'anno 2015 (cfr. DGR 1363/2015: LR 49/1996, art 16 e art 20 - Programmazione annuale 2015 del Servizio Sanitario Regionale) a fronte di quelle effettivamente disponibili al 31.12.2015 (cfr. LR 20/2015 "Assestamento del bilancio 2015 e del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007" e L.R. n. 26 del 10.11.2015 "Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti.");

capitolo	stanziamenti iniziali 2015 (DGR 1363/2015)	stanziamenti effettivi al 31.12.2015
4398	0,00	21.800.000,00
4916	100.000,00	200.000,00
2992	2.532.737,05	2.532.737,05
4447	15.000.000,00	15.000.000,00
4354	15.010.000,00	11.010.000,00

Le risorse iscritte nel bilancio dell'esercizio 2015 al capitolo 4398 sono destinate al finanziamento di interventi di investimento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015 la cui programmazione è stata approvata con DGR 1671/2015 per euro 2.950.000,00 destinati a interventi urgenti di investimento, con DGR 1854/2015 per la quota pari a 18.850.000,00 da destinare agli interventi di rilievo aziendale e di rilievo regionale e con DGR 2371/2015 con la quale sono state approvate le modifiche e le integrazioni ai Piani di investimento degli enti del SSR per l'anno 2015 secondo il seguente riparto:

ente	Quote regionali di RA	Quote regionali di RR	Finanziamento regionale totale
AAS1	879,5	-	879,5
AAS2	2.647,0	550,0	3.197,0
AAS3	1.799,5	280,0	2.079,5
AAS4	877,0	-	877,0
AAS5	2.482,0	600,0	3.082,0
AOU TRIESTE	2.595,0	2.200,0	4.795,0
AOU UDINE	3.275,0	2.450,0	5.725,0
IRCCS BURLO	700,0	-	700,0
IRCCS CRO	100,0	-	100,0
EGAS	15,0	350,0	365,0
	<b>15.370,0</b>	<b>6.430,0</b>	<b>21.800,0</b>

L'intera quota pari a euro 21.800.000,00 è stata interamente concessa in via definitiva nel corso del 2015.

Le risorse iscritte al capitolo 4916 a favore delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia sono destinate alla realizzazione di interventi di manutenzione straordinaria, di nuove opere o ristrutturazione di opere esistenti nelle aree verdi degli ex ospedali psichiatrici provinciali (OPP) o in altre aree verdi utilizzate dalle aziende stesse ex art. 4, comma 72, LR 27/2014; tali risorse sono state erogate nel corso del 2015 come riportato nella seguente tabella:

ID	azienda	Descrizione	euro
1	AAS1	sistemazione delle scarpate presso il padiglione M e F	19.959,20
2	AAS1	sistemazione dello spazio del giardino confinato sottostante il Pad.Ralli	20.000,00
3	AAS1	realizzazione del percorso pedonale nel comprensorio di San Giovanni	20.000,00
4	AAS3	manutenzione ordinaria e straordinaria di parte delle aree verdi della struttura sanitaria San Michele di Gemona	20.000,00
5	AAS2	parcheggi ex OPP di Gorizia	20.000,00
6	AAS2	manutenzione della recinzione dell'ex OPP di Gorizia	19.800,60
7	AAS2	manutenzione alberature ex OPP Gorizia	19.995,80
8	AAS4	progetto laboratorio area DSM	20.000,00
9	AAS4	progetto recupero delle serre	20.000,00
10	AAS5	riqualificazione area verde di competenza del padiglione San Camillo presso l'Ospedale di Sacile	20.000,00

Il Programma per la realizzazione di strutture sanitarie per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari di cui alla DGR 444/2015 approvato con Decreto del Ministero della Salute 28 gennaio 2015 prevede la rimodulazione dell'intervento già approvato con Decreto del Ministero della Salute del 22 ottobre 2013 e la realizzazione di ulteriori interventi, finalizzati a incrementare la realizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi e favorire misure alternative all'internamento. Conseguentemente, le risorse iscritte al capitolo 2992, vincolate alla realizzazione della Residenza finalizzata al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) secondo il programma precedentemente approvato con DGR 1302 dd. 19.07.2013, assegnate alla Regione Friuli Venezia Giulia con Decreto Interministeriale 28.12.2012 destinate all'intervento "Residenza per l'accoglimento e l'assistenza di pazienti psichiatrici con misure di sicurezza di Maniago" inserito nel Piano degli investimenti dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 dell'anno 2014 sono state stralciate dal Piano 2014 e ridefinite nel Piano Investimenti 2015 nell'ambito del Programma per la realizzazione di strutture sanitarie per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari di cui alla DGR 444/2015 approvato con Decreto del Ministero della Salute 28 gennaio 2015:

Azienda	Importo a carico Stato
AAS1 Triestina	522.500,00 euro
AAS4 Friuli Centrale	593.900,48 euro
AAS5 Friuli Occidentale	1.416.336,57 euro
<b>totale</b>	<b>2.532.737,05 euro</b>
	capitolo <b>2992/2015</b>

La quota di risorse iscritte al capitolo 4447 per l'anno 2015 pari a euro 15.000.000,00 è finalizzata alla realizzazione dell'intervento denominato "Comprensorio di Cattinara: Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo"

A tali risorse si aggiungono 11.010.000,00 euro di spesa corrente (capitolo 4354 – esercizio 2015) che sono destinate a dare copertura nel corso dell'anno 2015 a:

- canoni di leasing derivanti dalle acquisizioni già effettuate fino al 2008 in attuazione dei programmi per gli anni 2006, 2007 e 2008;
- quote di ammortamento derivanti dagli acquisti mediante liquidità di cassa già effettuati o avviati alla data del 31.12.2008 in attuazione dei programmi per gli anni 2006, 2007 e 2008;

- quote relative ad altri interventi di investimento in attuazione degli atti di programmazione regionale già approvati (es. PACS, ... ) realizzate mediante strumenti finanziari quali la locazione finanziaria e la finanza di progetto.

Tali risorse sono già state ripartite, nel corso del 2015, agli Enti beneficiari del SSR, assegnando a ciascuno un importo dato dalla quota pari alla spesa effettiva alla data del 30.06.2015 e dalla quota pari alla stima degli oneri afferenti al secondo semestre 2015. Le quote già impegnate a favore dei singoli Enti sono riportate nella seguente tabella:

Ente	canoni 2015 concessione definitiva
A.A.S. n.1 Triestina	euro 28.408,84
A.A.S. n.2 Bassa Friulana-Isontina	euro 1.946.473,27
A.A.S. n.3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli	euro 488.682,22
A.A.S. n.4 Friuli Centrale	euro 950.252,31
A.A.S. n.5 Friuli Occidentale	euro 440.106,46
AOU "Ospedali Riuniti"	euro 1.513.366,30
AOU "S.M.Misericordia"	euro 2.642.899,10
I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo"	euro 246.741,77
I.R.C.C.S. C.R.O.	euro 166.372,55
EGAS	euro 2.586.697,18
<b>totale</b>	<b>11.010.000,00</b>

### 1.2) Risorse proprie aziendali

Nella seguente tabella sono riportati gli importi delle risorse proprie aziendali derivanti da autofinanziamento degli investimenti mediante proventi da alienazioni e donazioni, contributi di tesoreria, eventuali utili derivanti da esercizi precedenti, alle quali si aggiungono le risorse riprogrammate derivanti dalle disposizioni della DGR n. 2367 dd. 27.11.2015, e in particolare:

- le risorse pari a euro 1.438.000,00 dell'AAS n. 2 "Bassa Friulana – Isontina" destinate all'intervento "Gorizia – Sede centrale DSM manutenzione straordinaria della sede DSM";
- le risorse pari a euro 1.574.254,11 dell'AOU "Santa Maria della Misericordia" di Udine destinate all'acquisto di attrezzature biomediche;

ente	Risorse proprie degli Enti del SSR
AAS1	420,0
AAS2	1.438,0
AAS3	50,0
AAS4	-
AAS5	150,0
AOU TRIESTE	-
AOU UDINE	2.768,1
IRCCS BURLO	40,2
IRCCS CRO	127,0
EGAS	-
	<b>4.993,3</b>

(importi espressi in migliaia di euro):

## 2) VARIAZIONE DEI PIANI DI INVESTIMENTO 2015

Di seguito vengono riportate le variazioni rispetto ai piani 2015 approvati con DGR 1363/2014, come modificati con DGR 2371/2015, nei termini sopra descritti.

### *AAS n.2 Bassa Friulana-Isontina*

La quota pari ad euro 1.438.000,00 destinata all'intervento per la manutenzione straordinaria della sede DSM di Gorizia, è oggetto della riprogrammazione prevista all'art. 8, comma 3, della L.R. n. 27/2012 secondo quanto stabilito con DGR 2367/2015 che ha riformato quanto disposto con DGR 2262/2013, e viene interamente destinata all'intervento "Gorizia – Sede centrale DSM manutenzione straordinaria della sede DSM" recepita dall'AAS n. 2 nella variazione al 31.12.2015 del Piano degli investimenti per l'anno 2015. Ai sensi della medesima norma, l'AAS n.2 è tenuta a inviare la certificazione relativa al resoconto delle spese eventualmente già sostenute per l'intervento oggetto di riprogrammazione entro il 30.06.2016

### *AAS n.5 Friuli Occidentale*

Con decreto n° 1216/SPS del 23/12/2015 è stata disposta la concessione definitiva del finanziamento complessivo di euro 9.000.000,00 per il progetto "Efficientamento energetico del nuovo ospedale di Pordenone - Realizzazione del nuovo polo tecnologico e altre opere edili e impiantistiche di efficientamento energetico del nuovo ospedale" a favore dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" di Pordenone la cui copertura finanziaria, definita con DGR 2311/2015 e impegnata sul fondo fuori bilancio denominato "Fondo POR FESR 2014-2020" istituito con LR. 14/2015, ai sensi dell'art. 10 del Regolamento di regionale di attuazione approvato con Decreto del Presidente della Regione 1 luglio 2015 n. 136, è definita nei seguenti termini:

- UE euro 4.500.000,00
- Stato euro 3.150.000,00
- Regione euro 1.350.000,00.

### *AOU Santa Maria della Misericordia di Udine*

Con DGR 2367/2015 è stato riformato quanto disposto con DGR 2262/2013 stabilendo che l'intervento per l'allestimento delle sale operatorie integrate del nuovo ospedale di Udine, pari ad euro 1.574.254,11, sia oggetto della riprogrammazione prevista all'art. 8, comma 3, della L.R. n. 27/2012 e che la quota di finanziamento pari ad euro 1.574.254,11 è destinata all'acquisto di attrezzature biomediche debba essere recepita dall'AOU di Udine nella variazione al 31.12.2015 del Piano degli investimenti per l'anno 2015 ovvero nel Programma triennale degli investimenti 2016-2018. L'AOU ha previsto, nelle variazioni al 31.12, di destinare:

euro 1.000.000,00 ad integrazione del finanziamento per l'acquisizione di un acceleratore lineare portando l'importo a euro 3.450.000,00 e

euro 574.254,11 all'acquisizione di strumentazione per posizionamento del paziente.

Ai sensi della medesima norma, l'AOU di Udine è tenuta a inviare la certificazione relativa al resoconto delle spese eventualmente già sostenute per l'intervento oggetto di riprogrammazione entro il 30.06.2016

È stata inserita nella scheda di piano la quota di euro 225.000,00 per il rinnovo automezzi del 118 trasferita dalla AAS n.4 secondo quanto disposto dalla DGR 2371/2015.

Vengono aggiunti gli interventi

Realizzazione progetto "una stanza per le mamme" per euro 13.504,10 interamente finanziati da

contributi da parte dell'Associazione "il paese di Lilliput" e

Realizzazione centro congiunto di simulazione ed alta formazione avanzata al padiglione n.5 "Chirurgie" – integrazione per euro 28.195,12 finanziati con risorse messe a disposizione dall'Università di Udine.

*IRCCS Burlo Garofolo*

Vengono inseriti euro 40.200,00 destinati ad acquisizioni di BMT finanziati con risorse proprie.

TABELLE DI SINTESI DELLE VARIAZIONI AL 31.12.2015 DEL PIANO DEGLI INVESTIMENTI – ANNO 2015

Fonti di finanziamento

Aziende	Investimenti a finanziamento regionale in conto capitale			Fondi statali Fondi POR FESR (**)	risorse proprie aziendali derivanti da riprogrammazione ex L.R. 15/2014	Aree verdi LR 27/2014	altre risorse proprie aziendali (*)	Totale
	Rilievo aziendale	Rilievo regionale	Totale					
AAS 1	879,5	-	879,5	522,5	420,0	60,0	-	1.882,0
AAS 2	2.647,0	550,0	3.197,0	-	-	59,8	1.438,0	4.694,8
AAS 3	1.799,5	280,0	2.079,5	-	-	20,0	50,0	2.149,5
AAS 4	877,0	-	877,0	593,9	-	40,0	-	1.510,9
AAS 5	2.482,0	600,0	3.082,0	10.416,3	150,0	20,0	-	13.668,3
AOU di Trieste	2.595,0	17.200,0	19.795,0	-	-	-	-	19.795,0
AOU di Udine	3.275,0	2.450,0	5.725,0	-	901,1	-	1.867,0	8.493,1
IRCCS Burlo	700,0	-	700,0	-	-	-	40,2	740,2
IRCCS CRO	100,0	-	100,0	-	-	-	127,0	227,0
EGAS	15,0	350,0	365,0	-	-	-	-	365,0
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>15.370,0</b>	<b>21.430,0</b>	<b>36.800,0</b>	<b>11.532,7</b>	<b>1.471,1</b>	<b>199,8</b>	<b>3.522,2</b>	<b>53.525,8</b>
							Totale complessivo	<b>53.525,8</b>

(\*) le risorse proprie aziendali corrispondono all'autofinanziamento degli investimenti mediante proventi da alienazioni e donazioni, contributi di tesoreria, utili di esercizi precedenti

(\*\*) La quota Fondi statali - Fondi POR FESR dell'AAS5 è data da 1.416,0 migliaia di euro di finanziamento statale per il superamento degli OPG e da 9.000,0 migliaia di euro di finanziamento POR FESR 2014-2020 per il FVG

(importi espressi in migliaia di euro)

## Quote di rilievo aziendale e regionale: Entità e riparto del conto capitale regionale

	Quota di rilievo aziendale			Quota di rilievo regionale			Quota regionale	Totale CC regionale (A+R+V)
	Beni mobili e tecnologie	Interventi edili e impiantistici	Totale quota di rilievo aziendale CC regionale	Beni mobili e tecnologie	Interventi edili e impiantistici	Totale quota di rilievo regionale CC regionale	Aree verdi	
	(A)			(R)			(V)	
AAS 1	652.500,00	227.000,00	<b>879.500,00</b>	-	-	-	<b>59.959,20</b>	<b>939.459,20</b>
AAS 2	1.690.500,00	956.500,00	<b>2.647.000,00</b>	550.000,00	-	<b>550.000,00</b>	<b>59.796,40</b>	<b>3.256.796,40</b>
AAS 3	1.739.500,00	60.000,00	<b>1.799.500,00</b>	280.000,00	-	<b>280.000,00</b>	<b>20.000,00</b>	<b>2.099.500,00</b>
AAS 4	-	877.000,00	<b>877.000,00</b>	-	-	-	<b>40.000,00</b>	<b>917.000,00</b>
AAS 5	1.985.000,00	497.000,00	<b>2.482.000,00</b>	600.000,00	-	<b>600.000,00</b>	<b>20.000,00</b>	<b>3.102.000,00</b>
AOU di Trieste	1.595.000,00	1.000.000,00	<b>2.595.000,00</b>	2.200.000,00	15.000.000,00	<b>17.200.000,00</b>	-	<b>19.795.000,00</b>
AOU di Udine	775.000,00	2.500.000,00	<b>3.275.000,00</b>	2.450.000,00	-	<b>2.450.000,00</b>	-	<b>5.725.000,00</b>
IRCCS Burlo	365.000,00	335.000,00	<b>700.000,00</b>	-	-	-	-	<b>700.000,00</b>
IRCCS CRO	100.000,00	-	<b>100.000,00</b>	-	-	-	-	<b>100.000,00</b>
EGAS	15.000,00	-	<b>15.000,00</b>	350.000,00	-	<b>350.000,00</b>	-	<b>365.000,00</b>
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>8.917.500,00</b>	<b>6.452.500,00</b>	<b>15.370.000,00</b>	<b>6.430.000,00</b>	<b>15.000.000,00</b>	<b>21.430.000,00</b>	<b>199.755,60</b>	<b>36.999.755,60</b>
Totale complessivo								<b>36.999.755,60</b>

Disponibilità CC regionale per l'anno 2015		esercizio 2015	totale
capitolo	4398	21.800.000,00	<b>21.800.000,00</b>
capitolo	4447	15.000.000,00	<b>15.000.000,00</b>
capitolo	4916	199.755,60	<b>199.755,60</b>
<b>TOTALE</b>		<b>36.999.755,60</b>	<b>36.999.755,60</b>

(importi espressi in euro)

## Tipologia di investimento

Aziende	Investimenti complessivi		
	Interventi edili e impiantistici	Beni mobili e tecnologie	Totale
AAS 1	1.229,5	652,5	<b>1.882,0</b>
AAS 2	2.454,3	2.240,5	<b>4.694,8</b>
AAS 3	80,0	2.069,5	<b>2.149,5</b>
AAS 4	1.510,9	-	<b>1.510,9</b>
AAS 5	11.083,3	2.585,0	<b>13.668,3</b>
AOU di Trieste	16.000,0	3.795,0	<b>19.795,0</b>
AOU di Udine	2.542,7	5.950,4	<b>8.493,1</b>
IRCCS Burlo	335,0	405,2	<b>740,2</b>
IRCCS CRO	-	227,0	<b>227,0</b>
EGAS	-	365,0	<b>365,0</b>
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>35.235,7</b>	<b>18.290,1</b>	<b>53.525,8</b>

(importi espressi in migliaia di euro)

## Investimenti programmati nel 2015

INVESTIMENTI PROGRAMMATI NEL 2015	
Copertura finanziaria mediante finanziamento in conto capitale e risorse proprie	Importo
Fondi statali	<b>11.532,7</b>
CC regionale: quota di rilievo aziendale	<b>15.370,0</b>
CC regionale: quota di rilievo regionale	<b>21.430,0</b>
Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)	<b>199,8</b>
<b>Risorse proprie:</b>	<b>4.993,3</b>
Alienazioni	-
Contributo Tesoreria	-
Donazioni e lasciti	427,0
Utili di esercizi precedenti	-
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	-
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	1.471,1
Altro	-
<b>Totale:</b>	<b>53.525,8</b>

## Entità e modalità di finanziamento del programma degli interventi edili impiantistici

Aziende	Rilievo aziendale			Rilievo regionale				Aree verdi	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 POR FESR	fondi propri aziendali	totale interventi edili e impiantistici di rilievo regionale	LR 27/2014	
AAS 1	227,0	420,0	<b>647,0</b>	-	522,5	-	<b>522,5</b>	<b>60,0</b>	<b>1.229,5</b>
AAS 2	956,5	1.438,0	<b>2.394,5</b>	-	-	-	-	<b>59,8</b>	<b>2.454,3</b>
AAS 3	60,0	-	<b>60,0</b>	-	-	-	-	<b>20,0</b>	<b>80,0</b>
AAS 4	877,0	-	<b>877,0</b>	-	593,9	-	<b>593,9</b>	<b>40,0</b>	<b>1.510,9</b>
AAS 5	497,0	150,0	<b>647,0</b>	-	10.416,3	-	<b>10.416,3</b>	<b>20,0</b>	<b>11.083,3</b>
AOU di Trieste	1.000,0	-	<b>1.000,0</b>	15.000,0	-	-	<b>15.000,0</b>	-	<b>16.000,0</b>
AOU di Udine	2.500,0	42,7	<b>2.542,7</b>	-	-	-	-	-	<b>2.542,7</b>
IRCCS Burlo	335,0	-	<b>335,0</b>	-	-	-	-	-	<b>335,0</b>
IRCCS CRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EGAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>6.452,5</b>	<b>2.050,7</b>	<b>8.503,2</b>	<b>15.000,0</b>	<b>11.532,7</b>	-	<b>26.532,7</b>	<b>199,8</b>	<b>35.235,7</b>

(importi espressi in migliaia di euro)

## Entità e modalità di finanziamento del programma di acquisto di beni mobili e tecnologie

Aziende	Rilievo aziendale			Rilievo regionale			totale beni mobili e tecnologie
	conto capitale regionale	fondi propri aziendali	totale beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale	conto capitale regionale	fondi propri aziendali	totale beni mobili e tecnologie di rilievo regionale	
AAS 1	652,5	-	<b>652,5</b>	-	-	-	<b>652,5</b>
AAS 2	1.690,5	-	<b>1.690,5</b>	550,0	-	<b>550,0</b>	<b>2.240,5</b>
AAS 3	1.739,5	50,0	<b>1.789,5</b>	280,0	-	<b>280,0</b>	<b>2.069,5</b>
AAS 4	-	-	-	-	-	-	-
AAS 5	1.985,0	-	<b>1.985,0</b>	600,0	-	<b>600,0</b>	<b>2.585,0</b>
AOU di Trieste	1.595,0	-	<b>1.595,0</b>	2.200,0	-	<b>2.200,0</b>	<b>3.795,0</b>
AOU di Udine	775,0	1.151,1	<b>1.926,1</b>	2.450,0	1.574,3	<b>4.024,3</b>	<b>5.950,4</b>
IRCCS Burlo	365,0	40,2	<b>405,2</b>	-	-	-	<b>405,2</b>
IRCCS CRO	100,0	127,0	<b>227,0</b>	-	-	-	<b>227,0</b>
EGAS	15,0	-	<b>15,0</b>	350,0	-	<b>350,0</b>	<b>365,0</b>
<b>Totale CONSOLIDATO</b>	<b>8.917,5</b>	<b>1.368,3</b>	<b>10.285,8</b>	<b>6.430,0</b>	<b>1.574,3</b>	<b>8.004,3</b>	<b>18.290,1</b>

(importi espressi in migliaia di euro)

#### **4.2 ATTREZZATURE SOGGETTE A SPECIFICA AUTORIZZAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

In conformità alla DGR 4462/2001, per le previsioni di acquisto di attrezzature appartenenti alle tipologie tecnologiche di seguito elencate è prevista la specifica autorizzazione all'acquisto da parte della Giunta regionale:

- Sistemi di radioterapia (Acceleratore lineare o altra apparecchiatura per radioterapia)
- Sistema per angiografia digitale (per diagnosi, interventi ed emodinamica)
- Mammografo digitale
- Tavolo telecomandato analogico o digitale
- Sezione radiologica analogica o digitale
- Tomografo assiale computerizzato
- Tomografo a risonanza magnetica
- Gamma camera computerizzata planare o tomografica
- Tomografo a emissione di positroni
- Sistema digitale di acquisizione e/o archiviazione di immagini
- Sistema robotizzato per chirurgia
- Litotritore extracorporeo

Pertanto nell'ambito del piano investimenti 2015 non sono autorizzati altri acquisti diversi da quelli esplicitamente riportati nella tabella di cui alla pagina seguente:

## Elenco attrezzature di rilievo

Descrizione attrezzatura	Azienda	Quantità	Importo complessivo	Autorizzazione Giunta Regionale
<b>Piano investimenti 2015</b>				
Rinnovo automezzi 118	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina"	1	75,0	
Risonanza magnetica da 1,5 T (quota integrativa)	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	1	550,0	X
Apparecchiature per ventilazione polmonare e anestesia	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	2	85,0	
Rinnovo automezzi 118	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	3	225,0	
Acquisto di BM, TE e INF per la riorganizzazione dei Centri di Assistenza	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	1	92,0	
Allestimento CSM A.I.	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	1	150,0	
Interventi edili impiantistici per la riorganizzazione dei Centri di Assistenza	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	1	135,0	
Sistema telecomandato radiologia diretta	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	1	350,0	X
Ausili per disabili	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	1	140,0	
Monitoraggio	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli"	1	316,0	
Tavolo operatorio	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli"	1	155,0	
Rinnovo automezzi 118	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli"	4	300,0	
Parco macchine dello strumentario flessibili	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	1	500,0	
Monitor multiparametrici	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	1	305,0	
Ventilatori polmonari	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	1	135,0	
Rinnovo automezzi 118	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	3	225,0	
Arredo morgue	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	1	200,0	
Ausili per disabili della provincia	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	1	260,0	
TAC	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	1	600,0	X
Risonanza magnetica 3T	Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste	1	2.200,0	X
Apparecchiature per emodialisi	Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste	17	170,0	
Sistemi per endoscopia e per urologia	Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste	10	145,0	
Apparecchiature per ventilazione polmonare e anestesia e per monitoraggio	Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste	22	780,0	
IORT	Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine	1	752,1	X
Acceleratore lineare	Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine	1	2.450,0	X
Rinnovo automezzi 118	Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine	3	225,0	
Image Stream III	IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano	1	107,0	

## **5. SCHEDE DI SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

Per ogni Azienda sono di seguito riportati gli obiettivi aziendali e i relativi risultati attesi di ogni progettualità individuata dalle linee di gestione per il 2016.

In alcuni casi dove il Piano aziendale presentato aveva una forma maggiormente discorsiva sono state estrapolate le parti riconducibili alle modalità di conseguimento degli obiettivi e i risultati attesi delle progettualità regionali.

Nell'elencazione delle linee progettuali è stata mantenuta la numerazione riportata nella DGR 2559/2015 con la quale sono state approvate in via definitiva le Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016.

Si precisa inoltre che il presente documento non riporta le azioni ed interventi, ove presenti, dal momento che hanno lo scopo di descrivere meglio le attività connesse alla realizzazione dell'obiettivo e quindi hanno valenza prettamente interna aziendale.

.

# Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina"

Le Linee di gestione 2016, dispongono che l'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 operino in maniera integrata e presentino un piano unico, ma predisponendo due bilanci distinti.

Per questa ragione il capitolo delle progettualità è comune alle due aziende.

## 3. LE PROGETTUALITA'

### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

#### 3.1.1 Atti aziendali

Nelle more della definizione degli assetti organizzativi conseguenti all'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, si prevede di avviare sperimentazioni gestionali tra strutture omologhe dell'area tecnica, amministrativa, professionale e sanitaria, ai fini di verificarne l'effettiva fattibilità e funzionalità, mediante l'istituzione nel corso del primo trimestre dell'esercizio 2016 delle funzioni interaziendali in oggetto, affidando ad un unico dirigente la responsabilità di garantire le attività attualmente svolte dalle rispettive due articolazioni aziendali oggetto dell'accorpamento, di uniformare i processi e le procedure esistenti nelle funzioni aggregate e di formulare una proposta per la funzione unica aziendale della costituenda Azienda.

Per quanto riguarda la rete dei servizi ospedalieri (Allegato 2 della DGR 929/2015), si prevede che tali riorganizzazioni coinvolgeranno, nell'area chirurgica, la funzione di chirurgia generale e di ortopedia; nell'area medica, le funzioni di medicina generale e di oncologia. Infine, si attiverà il servizio di Reumatologia nella struttura *Hub* del presidio Cattinara-Maggiore di Trieste, come previsto dalla Linee per la Gestione del SSR 2016 alla linea 3.1.2.

Nel 2015, sono stati avviati progetti di presa in carico unitaria tra reparti dell'Outs e Distretti che prevedono la sperimentazione e valutazione di modelli consolidati a livello internazionale quali il Patient Activation Measures - PAM, l'Health Engagement Scale - HES).

Nel 2016, si vuole estendere tale sperimentazione anche ai genitori e Care Giver dei neonati, dei bambini e degli adolescenti per l'implementazione ed il miglioramento dei percorsi clinico assistenziali integrati e di prevenzione che riguardano questa fascia d'età. Per tali finalità è necessario avvalersi di una idonea professionalità presso la direzione infermieristica aziendale.

**- Formale adozione atto aziendale entro il 31/12/2016**

**3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015**

Presso il Presidio Cattinara-Maggiore di Trieste è già stata avviata, nel corso del 2015, un'importante manovra di riorganizzazione e dismissione di posti letto (-56 di ricovero ordinario). Nel corso del 2016 si continuerà con la graduale riorganizzazione dei posti letto previsti dalla DGR 2673/2014, ossia, in base alle indicazioni delle Linee di gestione 2016, il 50% della differenza tra i posti letto "attivi" al 31.12.2015 e quelli dell'"assetto previsto" nella citata Deliberazione di Giunta (circa 40 di ricovero ordinario e 16-17 di day hospital e day surgery).

La manovra riorganizzativa e le strutture oggetto di dismissione di posti letto saranno individuate con un successivo decreto aziendale.

Si prevede inoltre di attivare entro il **30/6/2016** il servizio di Reumatologia

**3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi**

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

**3.1.4 Piano emergenza urgenza**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<b>Avvio delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza</b>	<b>Adeguamento della dotazione di ambulanze a quanto previsto dal Piano emergenza urgenza</b>
<b>Piano dell'Emergenza Urgenza</b>	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</b>

**3.1.5 Piano sangue**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue**

**3.1.6 Piano oncologico**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano oncologico**

**3.1.7 Piano della Riabilitazione**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della Riabilitazione**

**3.1.7 Piano della Salute mentale**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale**

**3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia**

Nel corso del 2016 è previsto il completamento del lavoro del gruppo tecnico interaziendale

AOUTS, IRCCS Burlo Garofolo e AAS2 con la redazione del documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e Virologia.

Entro il 30 giugno 2016 viene completato il trasferimento dall'IRCCS Burlo Garofolo all'AOUTS delle funzioni analitiche assistenziali di medicina di laboratorio, comprensive dei beni, servizi e personale, con realizzazione presso l'IRCCS di un Laboratorio satellite a risposta rapida.

Nel secondo semestre del 2016 è messo a regime il sistema/informativo unico tra il centro hub e spoke, secondo le procedure informatiche regionali.

Nel corso del 2016 vengono intraprese le azioni per armonizzare gli aspetti tecnologici rendendoli coerenti alla realizzazione presso il Laboratorio dell'Ospedale di Monfalcone e Gorizia di Laboratori satelliti a risposta rapida

**3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.2 Promozione della salute e prevenzione</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
L'AAS1 individua un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione.	Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti.

<b>3.2.1. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Garantire l'avvio del progetto pilota per l'identificazione del rischio cardiovascolare, assumere funzioni di referente per le altre aziende e individuare uno strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare.</p> <p>Giungere, entro il 2016, alla formale adozione, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare.</li> <li>- Adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.</li> </ul>
<p>Coordinare la formazione del personale sanitario su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve garantendo la disponibilità di 5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei.</p> <p>Realizzare almeno un corso residenziale ciascuna.</p> <p>Formare gli operatori appartenenti a ciascuna categoria: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei</li> <li>- Un corso residenziale</li> <li>- Almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria formati: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.</li> </ul>
Partecipare al gruppo di lavoro e alla formazione	Partecipazione al gruppo di lavoro e alla redazione di un documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS

<b>3.2.2. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto

<p>Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".</p>	<p>Nel 2015 AAS1 e AOOTS hanno già condiviso e formalizzato un PDTA sull'attività senologica. Per il 2016 si prevede di:</p> <p>Portare a termine l'accreditamento EUSOMA dell'unità senologica-breast unit con piano di riorganizzazione delle attività coerente con quanto previsto dall'Atto di intesa della Conferenza Stato-Regioni del 18 dicembre 2014</p> <p>Adottare di un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella</p>
<p>Concordare un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.</p>	<p><b>L'adozione del protocollo EUSOMA, ancorché coerente con quanto previsto dal documento ministeriale, non può essere limitata all'ambito provinciale ma deve essere discussa e condivisa con le altre aziende al fine di giungere ad un consensus regionale. Il risultato atteso deve essere una proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DSC per l'adozione formale.</b></p>
<p>Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p><b>Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</b></p>
<p>Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<p>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</p> <p>- percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</p>
<p>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali <math>\geq 95\%</math></p>
<p>Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici</p>	<p>- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016</p> <p>- Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</p>
<p>Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione</p>	<p>Anagrafe sanitaria aggiornata</p>

Centrale Salute.	
Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	<b>AAS1 utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening</b>

### 3.2.4. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Progetto "Afrodite - Meglio Sapere Tutto: Promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali, nonché alla prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (M.S.T.), dell'uso di sostanze e di altri comportamenti a rischio, con il metodo della Peer Education" (popolazione adolescenti nella fascia 15-17 che frequenta le scuole secondarie di secondo grado della provincia di Trieste)</p>	<p>Nel 2016 si prevedono le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. estensione del progetto ad altre scuole superiori della provincia di Trieste</li> <li>2. promozione delle attività di Afrodite al di fuori dei contesti scolastici e connessione con altri progetti di promozione della salute rivolti ad adolescenti</li> <li>3. coprogettazione e realizzazione con le scuole professionali di un percorso di formazione per gli adulti (insegnanti, educatori, operatori) sulle tematiche di interesse</li> <li>4. raccordo con altri progetti in essere nella provincia di TS rivolti al gruppo target e cooperazione alla stesura e diffusione di percorsi di collegamento tra scuole e servizi per l'identificazione precoce di situazioni di disagio</li> </ol>
Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	Partecipazione alle attività regionali coordinate dalla AAS2 contribuendo alla predisposizione del report regionale per l'invio alla DCS
Realizzare le attività previste dal III programma relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Partecipare alle attività regionali e proseguire nel programma Scuole
L'Azienda si dota di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio	Evidenza della Flow-chart adottata formalmente
Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)

<b>3.2.5. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.	Un corso di formazione da rivolgere al personale aziendale accreditato ECM

<b>3.2.6. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda

<b>3.2.7. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare una mappatura degli stakeholders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.	Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS

<b>3.2.8. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.</p> <p>Realizzare le attività previste</p>	Report congiunto di monitoraggio delle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	Almeno un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni

Eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.	Il pronto soccorso dell'ospedale Cattinara-Maggiore di Trieste attiva ed alimenta la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico sull'applicativo SEI regionale tramite l'utilizzo dello strumento che la Regione individuerà allo scopo
--	--

**3.2.9. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipare alla elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e diffonderle ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Partecipare ai lavori, coordinati da AAS4, di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Partecipazione alla stesura delle linee guida regionali
Partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Collaborazione alla formazione degli auditor regionali in funzione del numero previsto nel PRP. Realizzazione degli audit in funzione d quadro previsto dal regolamento 882/2004.
Partecipazione alla realizzazione di un corso regionale di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Collaborazione alla realizzazione dell'evento formativo a livello regionale.
Realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	- Realizzazione di una scheda di audit. - Almeno n. 3 operatori PSAL formati sull'audit - Programmazione audit.
Revisione della lista dei controlli sulle imprese e diffusione del documento ai portatori di interesse	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

**3.2.10. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale p	Effettuazione dell'attività di vigilanza secondo i parametri definiti a livello regionale e trasmissione Report di attività alla DCS.
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria

**3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Partecipazione all'attività regionale di programmazione dei corsi e delle iniziative di sensibilizzazione. Realizzazione, su scala regionale di: - 2 corsi accreditati; - 2 iniziative di sensibilizzazione.
Realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale	Report di attività alla DCS Valutazione dello stress lavoro correlato come da progetto nazionale
Redigere, adottare formalmente e avviare un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	- Nel 2016 il medico competente di AAS1 proseguirà il programma di promozione della salute dei dipendenti teso ad individuare i lavoratori a rischio per lo sviluppo di MCNT già in atto dal 2015. - In collaborazione con UCO Medicina del lavoro verrà redatto e adottato un modello uniforme di intervento (come previsto nel Programma X del PRP) e di raccolta dati per la valutazione del rischio, permettendo la produzione di un unico report sul rischio cardiovascolare globale dei lavoratori di AAS1 e di AOUS.
Realizzare almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Corso effettuato

<b>3.2.12. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	<b>Elaborare 2 indicatori e invio report alla DRS</b>
Alimentare le banche dati informo e malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla Regione per la trasmissione al Comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Registrazione dell'attività nello specifico data base regionale, nella misura di almeno il 25% delle verifiche effettuate
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004	100% delle anagrafiche inserite

<b>3.2.13. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Dar seguito alle attività del "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, con la definizione di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.	Collaborazione alla redazione di un documento regionale relativo alle acque destinate al consumo umano, finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute.
Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del	Partecipazione delle aziende al tavolo VIS

progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.	
Relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon, realizzare in collaborazione con ARPA iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.	Collaborazione alla predisposizione a livello regionale di un evento formativo per progettisti e uno per operatori.
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	Almeno 1 controllo eseguito
Sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH.	Collaborazione alla realizzazione di un evento formativo
Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviarli al COR, assicurare la trasmissione delle schede ReNaM e trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica	- Dati inviati al COR (o altra struttura indicata dalla DCS). - Schede ReNaM inviate al COR
Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare; dopo condivisione della documentazione di riferimento Programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione.	Report alla DCS con numero di operatori formati. Collaborazione alla realizzazione degli eventi formativi garantiti dall'IRCCS Burlo Garofalo
<b>Piano per il monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola. Le AAS1, AAS2, AOOTS partecipano alle attività del programma pilota (raccolta dei campioni biologici e dei relativi questionari di esecuzione dei test)</b>	<b>Almeno 200 campioni per area</b>

### 3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Nel corso del 2016 sulla base delle indicazioni regionali (10 azioni) le azioni saranno:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mantenere gruppo di coordinamento interaziendale (AAS1, IRCCS, PLS, stakeholders) per la sorveglianza dell'andamento dei tassi vaccinali e per la programmazione di azioni efficaci per all'aumento dei tassi</li> <li>2. mantenere l'informazione alle donne/ famiglie partecipanti ai Corsi di accompagnamento alla nascita nel post parto SCBADOF –Consultori Familiari)</li> <li>3. sviluppare azioni di offerta attiva delle vaccinazioni, anche attraverso il raccordo Ambulatori Vaccinali dei Distretti- PLS sul singolo caso di ritardo vaccinale</li> <li>4. esplorare le cause di "disaffezione alle vaccinazioni" in età evolutiva secondo il modello WHO</li> <li>5. formazione degli operatori sanitari direttamente implicati nel counselling (ostetriche, pls, infermieri/ass. sanitari dei centri vaccinali, operatori di PS, di Nido)</li> <li>6. attuazione del nuovo calendario vaccinale</li> </ol>
Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) rivolto a MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere.	Corso realizzato
Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale	AOUTS e AAS1 definiscono la flow-chart aziendale del percorso collaborativo ospedale-territorio per la gestione dei casi TBC
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Partecipare ai gruppi di lavoro regionale finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione.	Aumento delle coperture vaccinali contro il Papilloma virus nei maschi omosessuali e/o HIV positivi
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.	Report aziendale inviato alla DCS

Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Evento di formazione realizzato
Partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	- Adozione formale delle linee guida regionali - Aggiornata procedura aziendale di notifica delle malattie infettive e di organizzazione dell'indagine epidemiologica in corso di MTA
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano

### 3.2.15. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Realizzato un intervento formativo/informativo a livello regionale
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	- Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

**3.2.16. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Censimento con monitoraggio delle attività inviato alla DCS
Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	Dati inseriti
Realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011	Realizzazione di un evento formativo/informativo

**3.2.17. Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale	<p>AAS1 si impegna a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare;</li> <li>- attuare con maggior incisività il progetto Piccole Produzioni Locali;</li> <li>- programmare attività di audit;</li> <li>- effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA;</li> <li>- attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini</li> <li>- attuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto</li> <li>- applicare il Decreto Ministeriale sulle misure di eradicazione della Scrapie su base genotipica;</li> <li>- ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello</li> </ul>

	Regionale.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Partecipazione alla elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni.
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
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 2015	Rispetto degli interventi programmati per il 2016 relativi a: SCIAN -530 interventi ispettivi per settore programmati per il 2016 -6 audit per settore programmati per il 2016 -100% dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti programmati -350 valutazioni del rischio programmati -6 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. VET. B -370 interventi ispettivi nelle imprese alimentari registrate e riconosciute -4 audit nelle imprese alimentari riconosciute; -100% dei campionamenti di alimenti di origine animale programmati -15 valutazioni del rischio nelle imprese alimentari registrate e riconosciute -6 controlli congiunti tra Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Informazione rivolta alle Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Relazione finale di verifica indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc..
Misure di prevenzione su base genetica per	Controlli sierologici sui capi destinati alla

l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	riproduzione come previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie, dopo l'emanazione del Decreto ministeriale e delle linee guida regionali
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	N. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	N. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2015, dopo l'emanazione delle linee guida della Task force regionale
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Effettuazione dei controlli in almeno il 3% degli allevamenti registrati al 01/01/2016
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	100% dei controlli effettuati sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

### 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

#### 3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria

AAS1 ha già aggiornato, a settembre 2015, il proprio Piano dell'Assistenza Primaria e si è messa nelle condizioni operative per iniziare a costruire i modelli organizzativi della Medicina Generale. Ha formalmente individuato le AFT (due per Distretto) e, già avviato il CAP di Muggia, è in grado di attivare gli altri Centri previsti.

Si ritiene che la formula del CAP, struttura multiprofessionale operante con la regia del Distretto che vede protagonisti MMG in collaborazione con gli altri operatori territoriali, possa dare un forte impulso per il raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa. Il CAP di Muggia opera già con obiettivi di salute concordati tra la Direzione AAS1, il Distretto 3 e i MMG coinvolti.

Si proporrà, nel corso dell'anno, anche l'avvio di un progetto pilota di Integrazione tra Ospedale e Territorio in Diagnostica per Immagini, in cui si sperimenterà un modello organizzativo finalizzato a facilitare la presa in carico e la gestione presso il proprio domicilio di pazienti anziani, pazienti disabili e pazienti le cui condizioni di salute non permettono il trasporto in ospedale per eseguire una diagnostica radiologica. Le moderne tecnologie di diagnostica per immagini permetteranno con un minimo investimento di evitare di spostare la persona malata e di evitare ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso.

Per quanto attiene il contatto con la popolazione, è prassi consolidata di AAS1 tenere incontri con la cittadinanza e le sue rappresentanze, sia attraverso forum tematici che incontri generali territoriali.

Tenuto conto di quanto stabilito dal punto 6.1. e punto 6.2 delle Linee di gestione, le azioni di risparmio adottate in applicazione della L. 125/2015 e della DGR 1813/2015 saranno prioritariamente correlate alla realizzazione del Piano dell'assistenza primaria adottato in conformità a quanto previsto *dal punto 3.3.1.* delle Linee di gestione

#### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

##### Accreditamento

Nel programma 2016 ci sarà la verifica per l'accreditamento istituzionale degli ospedali pubblici (comprese sale operatorie, terapie intensive, ambulatori) e varie branche specialistiche (PMA, Medicina trasfusionale).

Per tali verifiche l'AAS 1 e AOOTS metteranno a disposizione come ogni anno alcuni valutatori/tecnici esperti (2 +il referente aziendale)

Entro marzo / aprile 2016 sarà organizzato un corso per valutatori cui si ritiene sia opportuno partecipino i valutatori/tecnici già operanti più eventuali altri se necessario.

Gli obiettivi per il 2016:

- mettere a disposizione il referente per l'accreditamento istituzionale delle due aziende per le attività dell'O.T.A. regionale
- mettere a disposizione per le attività di valutazione per l'accreditamento istituzionale i valutatori già individuati e operanti
- far partecipare al corso di formazione sui nuovi requisiti generali di accreditamento i valutatori già individuati e operanti
- individuare almeno un nuovo valutatore per l'accreditamento istituzionale

In particolare per AOUST:

- sostenere la visita di accreditamento per il Presidio Cattinara-Maggiore di Trieste prevista nel mese di marzo 2016
- effettuare la visita di conferma per l'accreditamento della branca Nefrologia e Dialisi (coincidente la visita di accreditamento del Presidio)
- effettuare l'accreditamento del Dipartimento interaziendale di Medicina TrASFusionale prevista nel secondo semestre 2016.

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Odontoiatria sociale**

E' in corso una sinergia progettuale –sperimentale - tra le Aziende rivolta ai pazienti fragili presi in carico a livello territoriale che si realizzerà attraverso l'acquisizione da parte dell'AAS1 di un medico odontoiatra a tempo determinato.

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Cure palliative**

Uno degli obiettivi definiti prioritari per l'inizio del 2016 è la creazione di una rete delle cure palliative e del dolore. Operano infatti a Trieste strutture e professionisti sia ospedalieri che territoriali di alto profilo che però hanno l'assoluta necessità di un "sistema" che colleghi le attività tra di loro secondo percorsi, procedure e responsabilità disegnando la presa in carico delle persone che tenga conto anche del ruolo centrale della Medicina Generale (contando anche sulle nuove forme organizzative, specialmente i CAP), e del contributo del servizio di SCA e 118. Il coordinamento di queste reti sarà sviluppato, come indicato, a livello Distrettuale individuando una figura di riferimento.

I professionisti coinvolti nel processo di valutazione e trattamento del dolore post operatorio e cronico parteciperanno alla stesura del piano provinciale delle cure palliative e della terapia del dolore. Per la sua parte l'ospedale garantisce il mantenimento delle attività e dei programmi di contrasto al dolore acuto e di tipo cronico per i pazienti ricoverati (formazione e aggiornamento del personale; aggiornamento dei protocolli di trattamento del dolore del paziente ricoverato; adozione del protocollo di palliazione del paziente terminale). Adatta l'indagine 2016 "Ospedale Senza Dolore" ai risultati dell'ultimo survey condotto nel mese di novembre 2015 integrando l'inchiesta con ulteriori informazioni. Mantiene le attività di specialistica ambulatoriale per i pazienti riferiti alla specifica funzione e accredita i due Servizi ospedalieri (dolore acuto post-chirurgico e ambulatorio dolore cronico)

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Salute mentale**

Nel corso del 2016, con il contributo di professionisti esperti delle AAS, si procederà alla redazione del piano della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del Piano di azioni nazionale per la salute mentale.

Nell'ambito della salute mentale in età adulta ed in età evolutiva, in continuità con gli obiettivi perseguiti nel 2015, si continuerà nel percorso di miglioramento della rete dei servizi territoriali

attraverso specifiche strategie per recuperare e riconvertire le risorse destinate agli interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.

E' previsto un percorso intra aziendale di condivisione e valutazione dell'ipotesi di costituire una equipe salute mentale giovani con il concorso di operatori provenienti dai distretti, dal DSM e dal DD con l'integrazione di risorse aggiuntive (personale neoassunto e/o dal privato sociale).

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Salute mentale

Obiettivo	Risultato atteso
Contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali con il recupero, entro il 31.12.2016, di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2015.	Numero di persone e costi 2016 < numero di persone e costi 2015

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Salute mentale

Obiettivo	Risultato atteso
Diagnosi e presa in carico tempestiva e congiunta degli esordi psichiatrici degli adolescenti.	Numero di persone valutate congiuntamente con indicazione della DUP (durata della psicosi non trattata).
Attività di promozione della salute e riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario.	I CSM partecipano e contribuiscono ad attività di aggregazione giovanile, in particolare nell'ambito del Progetto "Qualcosa è cambiato" e del sito <a href="http://www.conTatto.me">www.conTatto.me</a>
Attuazione degli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio.	Definizione dei percorsi di cura per le persone con DCA con particolare attenzione alla gestione degli aspetti internistici e della presa in carico congiunta tra DSM e SC BADOF.

Per ciò che concerne lo "sviluppo di progetti per l'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria, con un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano" nell'AAS 1 per le persone anziane il punto di accesso è il CDDD del Distretto in cui le modalità di presa in carico si realizzano utilizzando il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo.

Nel corso del 2016 si riprenderanno le attività regionali di collaborazione con i DSM al fine di migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale, secondo le indicazioni contenute nel manuale ministeriale 2014 ed adottando la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.

*Le informazioni gestite dalla piattaforma Salute Mentale (pSM), sperimentata con successo dal 2014 nel DSM di AAS 1, sono aggiornate in tempo reale. Continuano tuttavia a non essere integrate*

*all'interno del Portale della regione Friuli Venezia Giulia dedicato al Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale anche se comunque è stato possibile adempiere agli obblighi informativi nei confronti del Sistema Informativo nazionale della Salute Mentale.*

*Si resta in attesa del recepimento da parte della regione degli indicatori previsti dal PANSM relativi ai percorsi di cura delle persone affette da disturbo mentale severo.*

È prevista la diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS, con lo scopo di strutturare e sviluppare un sistema di relazioni tra medici di medicina generale e servizi di salute mentale, per poter gestire in modo integrato i disturbi psichiatrici comuni e favorire l'identificazione precoce e la continuità terapeutica nella psicosi. Un tanto avverrà non appena sarà disponibile la versione tradotta in italiano su supporto cartaceo

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Ospedali psichiatrici giudiziari**

Nel corso del 2015 sono stati dimessi tutti i pazienti residenti in FVG e internati negli OPG di macro bacino e formulati i programmi terapeutico riabilitativi individuali, condivisi con l'autorità giudiziaria. È stato avviato il Programma per la gestione transitoria della funzione di superamento degli OPG, di cui alla delibera di Giunta 622/2015, finalizzato all'accoglienza delle persone internate secondo il principio della territorialità. Nel corso del 2016, a seguito del prospettato passaggio delle funzioni di superamento degli OPG, si intende avviare la valutazione del su citato Piano per la gestione degli interventi transitori attuato nel 2015.

AAS1 ha attuato gli interventi finalizzati alla realizzazione, in via provvisoria, della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Aurisina inserita nella rete del DSM. Sono stati realizzati alcuni interventi di ristrutturazione dello stabile ed è stato assunto il personale necessario alla turnazione di minima (12 operatori).

A seguito dell'accoglienza di due persone la REMS di Aurisina è diventata operativa ed è stato completato il percorso formativo rivolto al personale coinvolto. In tale percorso formativo si sono approfonditi aspetti giuridici e legislativi, informazione sull'organizzazione del DSM e delle REMS, nozioni di psicopatologia, trattamenti terapeutici e abilitativi, gestione della crisi e dei comportamenti a rischio.

L'accoglimento, a dicembre, da parte del magistrato di sorveglianza, dei PTRI messi a punto ha permesso la trasformazione delle misure di sicurezza da detentive a non detentive, il che ha permesso la dimissione delle due persone ospiti nella REMS verso il CSM di Palmanova dove proseguono i PTRI medesimi.

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Dipendenze**

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.
Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.

Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	<p>3. Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome in continuità con il 2015.</p>
---	---

<b>3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Sanità penitenziaria</b>	
Nel 2015 è stata attivata l'assistenza sanitaria presso la casa circondariale di Ts e sono stati redatti protocolli congiunti di attività che coinvolgono più strutture aziendali (DSM, Distretti, DDD, odontoiatria sociale, medicina legale ecc).	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<b>Azienda presenterà entro il primo semestre 2016 il protocollo operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari</b>	<b>Evidenza al 30 giugno 2016 del Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari</b>

<b>3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Riabilitazione</b>	
Nel corso del 2016 si prevede di:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AAS1 e AOUTs: partecipare attivamente al tavolo che sta elaborando il piano della riabilitazione in applicazione all'articolo 37 della Legge regionale n. 17/2014. Nel 2016 proseguirà la partecipazione fino alla stesura definitiva del documento.</li> <li>▪ Individuare dei 73 pl di riabilitazione estensiva presso le RSA (che dovranno essere accreditati nel 2016)</li> <li>▪ mantenere l'organizzazione strutturale della funzione di Medicina riabilitativa e dei posti letto previsti dalla DGR 2673/2014 e 929/2014 con incremento di due p.l. di DH</li> <li>▪ dismettere i p.l. di "post-acuzie" in area chirurgica (4 in CI ORL e 4 in Chirurgia Generale) e in I Medica (10 p.l. dedicati) coerentemente con quanto emergerà dal piano della Riabilitazione</li> <li>▪ perseguire, per le GCA, l'adeguamento ai requisiti previsti dalla DGR 1309 dd. 25.07.2012 consistenti nell'adeguamento del personale di assistenza e medico. In merito al programma regionale sono stati rispettati gli obiettivi previsti e sono state attivate le modalità del percorso di cura, individuando i referenti delle funzioni ospedaliere (Spoke O) e per acuti (Spoke A) e territoriale (Spoke T), nonché la manutenzione e l'aggiornamento del registro regionale</li> <li>▪ continuare l'esperienza dei tavoli provinciali di continuità riabilitativa che, per due specifici PDTA, hanno dimostrato un miglioramento di alcuni indicatori di processo. A questo proposito risulta necessario richiedere l'informatizzazione della scheda di valutazione multidimensionale (e relative scale) già in uso presso le due Aziende dal 2006.</li> </ul>	
Le Aziende del territorio triestino adottano già dal 2006 una scheda di valutazione multidimensionale introdotta nella Regione toscana su tutto il territorio regionale. Tale valutazione e le scale in essa contenute necessitano di una informatizzazione tale da permetterne una somministrazione in ingresso ed in uscita, nonché all'interno dei setting di	

riabilitazione dei pazienti. Tale valutazione è attualmente condotta su documentazione cartacea (Vedi anche Linee dedicate al percorso ICTUS e TRAUMI-frattura di femore).

Si intende perciò, per dare corso al programma regionale di utilizzo di scale standardizzate e favorire continuità informativa e di gestione dei pazienti da riabilitare, avviare un programma di informatizzazione in collaborazione con le altre Aziende regionali e con il supporto tecnico esterno della Regione Toscana degli strumenti oggi in uso (scheda di valutazione multidimensionale riabilitativa, comprensiva della scala Barthel, Rankin e CIRS). Questa, inoltre, sarà utilizzata nel corso dell'anno per assegnare correttamente un appropriato "setting" di continuità riabilitativa, domiciliare o residenziale (compreso l'invio presso le RSA distrettuali)

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Percorso nascita**

Nel 2016 si opererà, congiuntamente con IRCCS e PLS per:

- mantenere e migliorare la continuità assistenziale territorio- ospedale territorio nelle situazioni di fisiologia, con particolare attenzione post dimissione dalla maternità e di rischio psicosociale
- formazione integrata sulle tematiche del Percorso Nascita
- mantenimento audit standard BFCI

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Diabete**

Obiettivo significativo per la prima parte del 2016 sarà la costruzione di una rete interaziendale clinico assistenziale sulle problematiche connessa alla patologia diabetica. A Trieste vi è la necessità di coordinare secondo percorsi condivisi e ruoli e responsabilità definite i numerosi professionisti che sono attivi nel settore. Ogni Distretto ha infatti il suo centro di riferimento, così come sono presenti diabetologi in AOOUTS e, per quanto riguarda l'età infantile all'IRCCS Burlo. Questi professionisti, medici e infermieri, vanno inseriti in una formale rete che coinvolga anche, per le parti di competenza, i MMG e i PLS e che garantisca, con un'unica regia, la presa in carico territoriale e l'eventuale attività ospedaliera.

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Autismo**

Per il 2016 è obiettivo definire un sistema integrato di interventi coordinati e personalizzati che garantiscano la globalità della presa in carico della persona affetta da un disturbo dello spettro autistico

In continuità con il 2015:

- Presa in carico tutti i nuovi casi < 48 mesi secondo PDTA
- Formazione:
  - Estensione della formazione ESDM ad altri operatori oltre coloro i quali sono stati certificati nel 2015.
  - Prosecuzione della formazione per il trattamento psicoeducativo età >48 mesi.
- Sviluppare percorsi di continuità assistenziale con i servizi dell'età adulta.

- Registro aziendale dei casi e monitoraggio applicazione PDTA.

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Cooperazione sanitaria transfrontaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	Partecipazione ad almeno un'iniziativa/proposta progettuale a valere su Programmi europei o di cooperazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su tematica afferente al Piano Strategico regionale ed alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.
Attività internazionali del Centro collaboratore OMS per la ricerca e la formazione in salute mentale	Realizzazione di attività di scambio con paesi partner nell'ambito del piano di lavoro quadriennale del CCOMS.

Si ritiene fondamentale –attraverso la partecipazione delle Aziende sanitarie pubbliche, AAS1, AOUTs, IRCCS Burlo Garofolo e dell'Università ai bandi di ricerca UE e internazionali– valorizzare la presenza di realtà scientifiche e imprenditoriali appartenenti all'Area di specializzazione S3 Smart Health. Le 4 Traiettorie di sviluppo individuate (i. Biomedicale, diagnostica in vivo e in vitro; ii. Informatica medica e Bioinformatica; iii. Terapia Innovativa; iv. Ambient Assisted Living-AAL) sono settori in cui trovano naturale applicazione tecnologie già consolidate di Biomed, Biotech e BioICT che possono essere oggetto di finanziamenti pubblici (UE in particolare) e/o provenienti dal settore privato. Con l'obiettivo di sviluppare ricerca, nuovo sviluppo tecnologico e innovazione trasferibili in sanità pubblica e alla cura delle persone, si ritiene che AAS1 e AOUTs partecipino attivamente alle iniziative di cooperazione e coordinamento delle ricerche proposte dal comparto industriale regionale (che conta oltre 150 aziende operanti nei tre settori (BioMed, BioTech e BioICT). L'obiettivo è quello di costruire una "piastra" dedicata al research funding e alla gestione dei principali progetti del settore.

È pertanto obiettivo comune delle Aziende sanitarie pubbliche della Provincia di Trieste (AAS1, AOUTs e IRCCS Burlo Garofolo), per il 2016:

- Interagire con CBM, Università e Regione per creare una piattaforma comune di scouting, predisposizione e gestione di progetti europei

Altre progettualità che rientrano nella continuazione di programmi già condotti a termine o in via di conclusione sono:

AOUTS:

- sviluppo collaborazioni Area UE: l'azienda applica nel corso dell'anno, in ambito transfrontaliero, i risultati dei programmi cross-border condotti nel precedente Piano operativo Italia-Slovenia 2007-2013.

- sviluppo di collaborazioni tra aree geografiche transfrontaliere: in questo ambito garantisce l'avvio di un progetto sul trattamento dei pazienti STEMI per l'area Litoraneo-Carsica della Repubblica della Slovenia.

- collaborazione istituzionale strategica in altre aree geografiche extra UE: nell'ambito della cooperazione internazionale avvia il progetto "SANITA" con la Repubblica del Cameroun su

valutazione del fabbisogno formativo di personale medico ed infermieristico camerunese individuato dal Ministero della Sanità del Cameroun per lo sviluppo di attività senologiche in tre regioni di quella Repubblica del centro Africa.

- condurre a termine le attività inerenti i progetti di ricerca finalizzati del Ministero della Salute e quelle previste dall'OMS.
- partecipazione ai programmi POR-FESR definiti a livello regionale-territoriale, specialmente nei settori del welfare partecipativo e dell'innovazione clinica e traslazionale. Per sostenere queste attività, si doterà di un'organizzazione dedicata al research funding.

violenza di genere: mantenimento del piano di miglioramento ("Sostegno Donna") in collaborazione con altri Enti e Associazioni avviato nel 2014 (gestione delle donne che subiscono maltrattamenti, formazione di figure professionali al fine di riconoscere eventuali segni di violenza, di relazionarsi con le donne possibili vittime di violenza e di segnalarle al Centro antiviolenza GOAP)

AAS1 collaborerà nell'ambito delle indicazioni regionali allo sviluppo dei progetti di cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale e alla stesura ed attuazione del piano di integrazione socio sanitaria tra servizi Italiani e Sloveni.

Il Dipartimento di Salute Mentale, Centro Collaboratore dell'OMS, continuerà nella sua opera di supporto e collaborazione con i servizi psichiatri di altri Paesi Europei e dell'America Latina.

Il Centro Collaboratore OMS partecipa a due specifici progetti. Uno col Comune di Monfalcone che riguarda Serbia e Montenegro, l'altro con la cooperazione sociale in Argentina, approvati nell'ambito dei finanziamenti previsti dalla LR n. 19.

Progetto internazionale finanziato dalla comunità europea SMART CARE, a cui la Regione FVG partecipa in qualità di capofila di un consorzio di 40 partner europei. Il progetto prevede un intervento sociosanitario integrato a domicilio supportato da una piattaforma ICT in pazienti con patologie croniche avanzate associate a disabilità.

AAS1 su delega della regione FVG coordina l'attività dei 20 distretti regionali.

**3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI****3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti****Cuore****Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera cuore e avvio delle attività con individuazione di almeno un percorso assistenziale a valenza regionale relativo a pazienti trapiantati**

Analizzando i dati dei residenti AAS1 si nota come i numeri siano molto bassi nella tabella con il filtro per età e quindi bastano piccoli spostamenti per cambiare il risultato in termini di rilevazione Bersaglio. In ogni caso si evidenzia la necessità di un miglioramento per il quale AAS1 e AOUS si impegneranno nel corso del 2016 tendente a raggiungere l'obiettivo di 210 come proposto dalle linee di gestione. Se si prende in considerazione la popolazione tutta senza filtro per età (con numeri più importanti e quindi più significativi) si nota invece come il miglioramento sia già marcato.

A questo proposito, sarà ulteriormente migliorato il PDTA Scopenso Cardiaco sviluppato nel 2014 con:

- azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA
- verifica delle esatte codifiche SDO per ricoverati nelle aree non afferenti alla Cardiologia
- miglioramento della gestione del paziente con scompenso lieve che accede al pronto soccorso
- incremento del riferimento dei residenti in Provincia di Trieste dimessi con diagnosi di Scopenso cardiaco verso l'ambulatorio specialistico del Dipartimento Cardiovascolare e verso il CCV territoriale
- sviluppo del rapporto già in essere tra il Centro Cardiovascolare di AAS1, i Distretti e la Medicina Generale, in particolare considerando le nuove forme aggregative di quest'ultima.
- collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo per sviluppare le competenze specifiche dell'equipe cardiologica dell'Istituto nel campo della diagnostica prenatale e dell'età pediatrica
- proseguire e consolidare le attività finalizzate alla costituzione di una reportistica aziendale sistematica sull'arresto cardiaco intra- ed extra-ospedaliero con finalità di audit periodici e miglioramento continuo della qualità sec JCI
- mantenere le attività di diagnosi avanzata per le cardiomiopatie avvalendosi di prestazioni di diagnostica genetica certificata attivando specifiche convenzioni

**Bersaglio CON FILTRO PER ETÀ'**

C11A.1.1 ("scompenso")	2013	2014	2015 (stima)	9M2014	9M2015	diff 2014-2015	%
<b>NUMERATORE</b>	215	204	216	147	156	9	4,41%
<b>DENOMINATORE</b>	80.045	81.224	81.604	81.224	81.224		
<b>TASSO</b>	268,60	251,16	265,29				

**Bersaglio SENZA FILTRO  
PER ETA'**

C11A.1.1 ("scompenso")	2013	2014	2015 (stima)	9M2014	9M2015	diff 2014- 2015	%
<b>NUMERATORE</b>	1.096	1.084	986	805	732	-73	-6,73%
<b>DENOMINATORE</b>	231.755	235.793	236.186	235.793	235.793		
<b>TASSO</b>	472,91	459,73	417,34				

**3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti****RENE**

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti ospedalieri e territoriali alla costruzione della rete dedicata alle patologie renali e per il 2016

- potenzia la dialisi peritoneale (miglioramento dell'indice 2015, pari a 32 pazienti prevalenti in dialisi domiciliare su 201 dializzati complessivi nel 2015) e mette a regime il programma di piena attivazione delle strutture territoriali distrettuali per favorire la dialisi peritoneale presso le RSA, le CdR ed anche presso il domicilio – obiettivo regionale: 50% di emodializzati sul totale dei pazienti, compresi i trapiantati (Vedi Tabella)

- potenzia il programma locale finalizzato ad aumentare i pazienti da sottoporre a trapianto di rene (nel 2015, + 9 trapianti dei quali 1 da vivente) con riduzione dei tempi di immissione in lista dei nuovi pazienti trapiantabili ed eleggibili (almeno il 75% dei nuovi dializzati immessi in lista entro sei mesi dall'inizio del trattamento sostitutivo dialitico), mantenimento di almeno un trapianto dal vivente per il 2016 e partecipa al programma regionale di utilizzo del doppio rene marginale

	FVG 2015			AOUTs 2015			Obiettivo AOUTs 2016		
	Nr	%	Ind 2015	Nr	%	Ind 2015	Nr	%	Ind 2015
emodializzati	1.028	59,6%		169	51,4%		<b>168</b>	<b>50,0%</b>	
in dialisi peritoneale	147	8,5%	12,5%	32	9,7%	15,9%	37	11,0%	18,0%
trapiantati	549	31,8%		128(*)	38,9%		131	38,9%	
<b>Totale pazienti in terapia</b>	<b>1.724</b>	<b>100,0%</b>		<b>329</b>	<b>100,0%</b>		<b>336</b>	<b>100,0%</b>	

(\*) nel 2015 è aumentata la lista dei pazienti in attesa di trapianto (29 al 30.11.2015; +9 pazienti rispetto al 2014)

**3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti****FEGATO**

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti alla costruzione della rete dedicata alle patologie epatiche e per il 2016

- avvia a livello locale una rete di cura provinciale (e di riferimento *Hub* per l'area isontina) per il trattamento e la gestione dei pazienti con patologia epatica (DGR 2533/2014) attraverso il coinvolgimento dei Distretti e degli MMG per le attività di prevenzione e riconoscimento precoce della malattia, delle strutture di medicina interna (centri spoke collocati nei presidi ospedalieri di base, garantiscono l'attività ambulatoriale epatologica di 1° livello, e collaborano alla rete filiera fegato anche con la disponibilità di ricovero), delle strutture dei dipartimenti per le dipendenze

(AAS1 e AAS2) che collaborano nella fase di prevenzione primaria ed educativa nei confronti della popolazione, nonché nella riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti e del centro Hub del Presidio di Cattinara-Maggiore (ex DGR 929/2015)

### 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

#### PANCREAS

Come detto prima le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete con l'obiettivo anche di ridurre il tasso di amputazioni maggiori in pazienti diabetici (tasso atteso: <53 casi/1.000.000 residenti in Provincia di Trieste; valore medio regionale 2014 di 67,59/1.000.000 – fonte bersaglio).

Inoltre le Aziende si impegnano a partecipare all'implementazione del PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico e avvieranno azioni relative alla sua applicazione anche attraverso attività formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA

Valorizzeranno inoltre i percorsi di cura intraospedalieri per la gestione delle comorbidità diabetiche nel paziente chirurgico o ricoverato in aree specialistiche.

	2013	2014	2015*	INDICATORE MES
<b>Numeratore</b>	11	15	16	42
<b>denominatore</b>	231.755	235793	236186	703734
<b>Indicatore</b>	<b>47,46</b>	<b>63,62</b>	<b>67,74</b>	<b>59,68</b>

### 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

#### POLMONE

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti alla costruzione della rete dedicata alle patologie respiratorie anche con l'obiettivo di ridurre il tasso di ospedalizzazione dei pazienti di età 50-74 anni affetti da BPCO attraverso l'avvio del PDTA sui pazienti affetti da BPCO costruito nel 2014 dai professionisti di AAS1 e AOUTs e del suo monitoraggio (obiettivo regionale: 70/100.000 residenti; valore medio regionale 2014 di 82,16 – fonte Bersaglio)

Inoltre sarà ulteriormente implementato e migliorato il PDTA sulla BPCO sviluppato nel 2014 con:

- azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA
- miglioramento della gestione del paziente con riacutizzazione di BPCO che accede al pronto soccorso e sua gestione attraverso bundle di cura specifico
- riduzione della degenza media e miglioramento degli indicatori di processo attraverso applicazione di un bundle di cura intraospedaliero specifico
- maggior coinvolgimento dei Distretti nella presa in carico anche la collaborazione con i MMG e le loro aggregazioni

<b>Bersaglio CON FILTRO PER ETA'</b>				<b>- FUGA COMPRESA (fuga 2013 per mese assegnata agli anni successivi)</b>			
C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015 (stima)	9M2014	9M2015	diff 2014-2015	2014-%
<b>NUMERATORE</b>	120	134	120	95	85	-10	-7,4
<b>DENOMINATORE</b>	80.045	81.224	81.604	81.224	81.224		
<b>TASSO</b>	149,92	164,98	146,92				

<b>Bersaglio SENZA FILTRO PER ETA'</b>				<b>- FUGA COMPRESA (fuga 2013 per m assegnata agli anni successivi)</b>			
C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015 (stima)	9M2014	9M2015	diff 2014-2015	2014-%
<b>NUMERATORE</b>	470	452	399	326	288	-38	-8,4
<b>DENOMINATORE</b>	231.755	235.793	236.186	235.793	235.793		
<b>TASSO</b>	202,80	191,69	169,07				

Va detto che, da una ricognizione a campione effettuata nel 2015 in AO/US, appare evidente come vi sia una significativa quota di errata compilazione delle SDO che porta a sovrastimare i ricoveri per BPCO. Una volta corretto questo errore le Aziende si impegneranno a raggiungere in progress l'obiettivo regionale, al momento assai distante anche se in entrambe le rilevazioni si nota un marcato miglioramento.

### 3.4.2. Emergenza urgenza

#### Ictus

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente all'implementazione del PDTA individuato in sede regionale e al piano di informazione/formazione previsto.

Per lo specifico percorso integrato di cura elaborato nel 2014 e attivato nel 2015, mantiene il monitoraggio degli indicatori selezionati nel corso dell'anno, ripete l'indagine a domicilio dei pazienti dimessi con diagnosi di ictus, individua azioni miranti ad aumentare la partecipazione del paziente e dei care-giver nei piani di cura e follow-up, attiva un piano di miglioramento aziendale sugli aspetti critici individuati dal gruppo di lavoro dedicato (Percorso Integrato di Cura dell'Ictus 2014).

Inoltre garantiscono, con le strutture del 118 e di emergenza sia del territorio giuliano che isontino, **almeno 85 trombolisi nell'anno 2016**

A questo proposito, sarà ulteriormente implementato e migliorato il PIC sull'Ictus sviluppato nel 2014 con:

- estensione del programma e delle azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA e coerente con il piano di informazione/formazione regionale sull'ictus previsto nel 2016
- nuova indagine sul punto di vista del paziente e sul suo livello di empowerment
- miglioramento di alcune fasi del percorso intraospedaliero e costituzione del team multi professionale dedicato
- miglioramento di alcuni indicatori di processo ed esito per i pazienti ricoverati nell'area di

<p>medicina interna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riduzione della degenza media e miglioramento degli indicatori di processo attraverso il mantenimento del tavolo di lavoro sulla continuità riabilitativa</li> <li>- adeguamento, aggiornamento, integrazione ed INFORMATIZZAZIONE della scheda di valutazione multidimensionale oggi in uso (comprensiva della scala Barthel e Rankin) utilizzata per valutare processo ed alcuni esiti della casistica trattata</li> <li>- attivazione di uno specifico gruppo di lavoro per informatizzare l'attuale scheda di valutazione multidimensionale (SMD) ed integrare le informazioni con le ulteriori scale richieste dal livello regionale (Barthel, Rankin e CIRS) nei sistemi clinici informatizzati territoriali ed ospedalieri utilizzati per valutare il processo e l'esito della casistica trattata (proposta di inserire tali modalità nel piano di sviluppo regionale INSIEL). Questa sarà utilizzata nel corso dell'anno per assegnare correttamente un'appropriato "setting" di continuità riabilitativa, domiciliari o residenziali (comprensive di RSA)</li> <li>- Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12 2016). A tal fine si richiede che venga predisposta a livello centrale (Insiel) una configurazione sul software per la gestione del dato clinico (G2 Clinico/Cardionet per l'ospedale) tale da consentire la registrazione omogenea da parte di tutti gli attori coinvolti delle valutazioni previste.</li> <li>- avvia una rete di cura a livello provinciale territorio-ospedale-territorio per il coordinamento delle cure ai pazienti colpiti eventi cerebrovascolari acuti.</li> </ul> <p>Alla data del 30 novembre 2015 sono state effettuate presso la Stroke Unit del Presidio Cattinara-Maggiore 72 trattamenti con rt-PA (Alteplase®) – i casi sono registrati sul Registro internazionale SITS (<a href="https://sitsinternational.org/">https://sitsinternational.org/</a>).</p>
--

<p><b>3.4.2. Emergenza urgenza</b></p> <p><b>Emergenze cardiologiche</b></p> <p><b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle emergenze cardiologiche con individuazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito</b></p> <p>garantiranno il coordinamento della funzione <i>Hub</i> di II livello estendendo le attività di audit e valutazione di qualità e performance anche agli altri soggetti territoriali ed ospedalieri definiti dal processo di riforma del SSR</p> <p>attiveranno il protocollo transfrontaliero per il trattamento delle emergenze cardiologiche per i cittadini UE residenti nella Regione Litoranoo-Carsica della Repubblica slovena</p> <p>consolideranno il riferimento AOUTs dei pazienti colpiti da infarto acuto del miocardio STEMI dal limitrofo territorio sloveno (circa 50 casi/anno)</p> <p>proseguiranno nel raccordo 118/Cardiologia ospedaliera anche con trasmissione ECG dalla scena</p>
--

**3.4.2. Emergenza urgenza****Trauma**

Le Aziende si impegnano, per le parti di competenza, a contribuire attivamente alla costruzione della rete dedicata alla traumatologia

ASS1 e AOUTs hanno avviato ed implementato il Percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale elaborato nel 2014, individuando anche il sistema di monitoraggio delle varie fasi previste dal PDTA. Hanno inoltre attivato attività di audit per il versante riabilitativo, sia intra- che extra-ospedaliero, mantenendo, come per il Percorso integrato di cure dell'Ictus, la valutazione dei pazienti con scheda multidimensionale. Nel terzo trimestre dell'anno si è registrata una riduzione della degenza media pari a tre giorni.

Nel corso del 2015, AOUTs ha garantito l'intervento ortopedico di riparazione di frattura di femore (criteri Indicatore PNE 42) ad almeno il 67% dei pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati. Ha inoltre stabilizzato il modello di presa in carico orto geriatrica intra-ospedaliera.

Garantire l'intervento ortopedico entro 48 ore dall'accesso almeno al 70% dei pazienti di età superiore ai 65 anni con frattura di femore

Attivare un piano di miglioramento per le maggiori criticità riscontrate nel corso delle fasi di implementazione del PDTA ed in particolare attiva uno specifico gruppo di lavoro per informatizzare l'attuale scheda di valutazione multidimensionale (SMD) ed integrarla con le schede di valutazioni assistenziali

A questo proposito, sarà ulteriormente implementato e migliorato il PDTA sul trattamento della frattura di femore e di protesi d'anca sviluppato nel 2014 con:

- estensione del programma e delle azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA
- monitoraggio del percorso per i pazienti con frattura di femore e per i pazienti sottoposti ad intervento di artroprotesi d'anca elaborato dai professionisti di AOUTs e AAS1 nel corso del 2014
- miglioramento delle fasi di accesso e dei tempi di attesa e permanenza del paziente in pronto soccorso
- miglioramento di alcuni indicatori di processo ed esito per i pazienti gestiti dall' "ortogeriatra"
- riduzione della degenza post-operatoria e miglioramento degli indicatori di processo anche attraverso il mantenimento del tavolo di lavoro sulla continuità riabilitativa
- adeguamento, aggiornamento, integrazione ed INFORMATIZZAZIONE della scheda di valutazione multidimensionale oggi in uso (comprensiva della scala Barthel) utilizzata per valutare processo ed alcuni esiti dei pazienti
- attivazione di uno specifico gruppo di lavoro per informatizzare l'attuale scheda di valutazione multidimensionale (SMD) ed integrare le informazioni con le ulteriori scale richieste dal livello regionale (Rankin e CIRS) nei sistemi clinici informatizzati territoriali ed ospedalieri utilizzati per valutare il processo e l'esito della casistica trattata (proposta di inserire tali modalità nel piano di sviluppo regionale INSIEL). Questa sarà utilizzata nel corso dell'anno per assegnare correttamente un appropriato "setting" di continuità riabilitativa, domiciliari o residenziali (comprehensive di RSA)

**3.4.2. Emergenza urgenza****Pronto soccorso ed emergenza urgenza**

Le Aziende si impegnano, per le parti di competenza, a contribuire attivamente al miglioramento delle performance attraverso:

- la riduzione dei ricoveri dopo accesso al Pronto soccorso
- riduzione degli accessi evitabili
- l'incremento dei pazienti registrati in pronto soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora (valore atteso: 65% e media regionale 2014 del 66,19% - fonte MeS Bersaglio). Nel 2015 il dato registrato da SEI ha indicato che l'indicatore MeS-Bersaglio 16.2 è gradualmente incrementato da un valore di partenza (gennaio) di 39,5 a quello attuale (ottobre) del 50,8%
- l'incremento dei pazienti con codice verde triage non inviati a ricovero che permangono in pronto soccorso meno di 4 ore (valore atteso: 75% e media regionale 2014 del 72,02% - fonte MeS Bersaglio) Nel 2015 il dato registrato da SEI ha indicato che l'indicatore MeS-Bersaglio 16.3 è gradualmente incrementato da un valore di partenza (gennaio) di 39,3 a quello attuale (ottobre) del 48,5%
- il mantenimento del servizio di assistenti di sala per il paziente in attesa presso il pronto soccorso
- il mantenimento dei cosiddetti "percorsi brevi" per le specialità di urologia, ORL, odontoiatria, oculistica, dermatologia, ferite difficili e ortopedia
- gestione della cronicità in modalità proattiva (bundle BPCO, pazienti con scompenso cardiaco di grado lieve)
- miglioramento del percorso di accesso e gestione interna dei pazienti con ictus e con frattura di femore
- ampliamento dell'area dell'osservazione breve intensiva ai pazienti geriatrici come modalità di migliore gestione delle persone con casistica border-line fra ospedale e territorio-domiciliarità (attivati il 16 ottobre 4 p.l. osservazione breve geriatrica riconvertendo posti letto della stessa UCO e contestuale richiesta in Regione e Insiel di nuovo contratto per estensione SEI presso la SC di Geriatria)
- definizione di un'area di "see-and-treat" per il trattamento delle patologie ortopediche minori e miglioramento della guardia ortopedica h24

**3.4.3. Reti di patologia****Malattie rare**

partecipa con i propri professionisti alla formalizzazione dei percorsi assistenziali di valenza regionale

partecipa all'individuazione dei centri regionali di riferimento per i singoli gruppi di malattie (DM 279/2001)

aggiorna e garantisce il flusso informativo del registro regionale e nazionale della malattie rare di cui al DM 279/2001

<b>3.4.3. Reti di patologia</b>
<b>Malattie reumatiche</b>
<b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle malattie reumatiche con formalizzazione di almeno due percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico</b>
Nel corso del 2016 si prevede la completa riorganizzazione del servizio di reumatologia con applicazione di quanto previsto dalle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015 (attivazione del servizio autonomo di Reumatologia)

<b>3.4.3. Reti di patologia</b>
<b>Cure palliative e terapia del dolore</b>
E' intenzione prioritaria delle Aziende per l'inizio del 2016 formalizzare la costituzione della rete per le cure palliative e la terapia del dolore. (vedi punto 3.3.2)
A Trieste la valutazione del dolore su apposito supporto documentale è già prassi consolidata sia per le strutture residenziali che per l'assistenza domiciliare, così come è ben definita la rete tra i Distretti e tutte le strutture territoriali, Hospice compreso.
<b>Evidenza della riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice secondo i tempi e i criteri definiti dalla Regione</b>
<b>Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.</b>
<b>Favorire la permanenza e la gestione del fine vita a domicilio con incremento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età &gt; ai 65 anni, rispetto al 2015</b>

<b>3.4.5. Sangue ed emocomponenti</b>
AOUS parteciperà alla raccolta sangue ed emocomponenti contribuendo all'autosufficienza regionale e collabora con il Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti in merito alle attività di frazionamento.
In relazione agli obiettivi regionali garantisce la raccolta: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. del sangue destinato al frazionamento industriale per il valore del 2014 (+/-2%)</li> <li>b. di plasma da aferesi per il valore del 2015 aumentato del 2%, come previsto dalle Regioni che aderiscono all'accordo interregionale plasma.</li> <li>c. collaborerà con AOUD e con la Direzione Centrale della Salute alla riorganizzazione delle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti attraverso le Unità di Raccolta Mobili</li> <li>d. partecipa al programma Regionale di Emovigilanza a garanzia della sicurezza trasfusionale</li> <li>e. l'Azienda ospedaliero-universitaria manterrà le attività previste dal COBUS aziendale al fine di mantenere i buoni livelli degli indicatori di qualità ("proporzione di sacche consegnate e non utilizzate &lt;15%") e azioni specifiche nei contesti ad elevata inappropriatezza ossia superiore al 10%</li> <li>f. in relazione a quanto previsto dalle LG 2016 si manterrà nel corso del 2016 il volume di attività trasfusionale erogata durante il 2014 a favore delle strutture territoriali afferenti ad AAS1 con</li> </ul>

l'obiettivo di garantire almeno all'80% dei pazienti selezionati (RSA o Residenza per anziani) la trasfusione nella propria struttura di residenza ed evitare l'inappropriato ricovero ospedaliero g. nel corso del 2016, il Dipartimento di Medicina Trasfusionale di AOUTS dovrà conseguire il rinnovo dell'Accreditamento Regionale secondo la DGR 2528/2011.

#### 3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza

##### - Ricoveri DH con finalità diagnostiche

**Riduzione del numero di ricoveri in DH di tipo medico con finalità diagnostiche portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici** – (obiettivo regionale: 30% - valore medio regionale 2014 di 41,76% - fonte MeS Bersaglio). Si fa presente che nel secondo semestre 2014 i DH di tipo diagnostico si sono assestati su un valore pari al 33% (389/1.168). Il dato attuale (primi tre mesi del secondo semestre 2015) indicano una performance pari al 37,3% (122/327). Negli stessi mesi (giugno-settembre) del 2014 l'indicatore era pari al 37,7% (146/387). È evidente la riduzione del valore totale di pazienti trattati in regime diurno di tipo medico (-15%). Pertanto si ritiene che l'applicazione di un indicatore su un fenomeno in netto calo e sotto costante controllo debba essere rivisto alla luce dei suoi trend annuali e stagionali.

##### - Ricoveri medici oltre soglia per il paziente anziano (65+ anni)

saranno attuate misure per conseguire una riduzione dell'indicatore di 3 punti percentuali con l'obiettivo di condurlo ad un valore al di sotto del 4%, oggi prossimi al 7% (valore medio regionale 2014 di 5,49%, fonte MeS-Bersaglio). Si rileva che in questa classe di pazienti (anziani con degenza oltre soglia) insistono il 18% di deceduti. Questi ultimi hanno una degenza media di 40 giorni, ben 100 giorni superiore agli over 65enni con DRG medico che decedono entro soglia

##### - Degenza media pre-operatoria nei pazienti elettivi

mantenere il trend di riduzione della degenza media pre-operatoria aziendale registrata nel 2015 da 1,7 a 1,3 giorni (-18%) **al fine di raggiungere l'obiettivo regionale di 0,9**. Un ulteriore decremento sarà possibile attivando particolari protocolli di preparazione del paziente elettivo nelle aree della chirurgia specialistica, in particolare per i pazienti cardio- e neuro-chirurgici. Per questo indicatore vale anche sottolineare la sua bassa specificità rispetto al benchmark regionale (coesistenza di strutture private convenzionate, esistenza di alcune specialità solo in specifiche Aziende, ecc.). Infine, anche il fattore demografico può incidere notevolmente sulla variabilità dei risultati tra i diversi ospedali – obiettivo regionale: al di sotto di 0,9 giorni (valore del network 2014 di 0,79-1,35 - fonte MeS Bersaglio)

##### - Ricoveri ripetuti al disotto del 5% (stesso MDC)

ridurre la percentuale di ricoveri ripetuti al di sotto del 5% (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte MeS Bersaglio)

- mettere in campo tutte le azioni necessarie a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA 2012), come previsto dalla Tabella Allegata.

#### 3.4.7. Tempi d'attesa

Le tre Aziende, AAS1, IRCCS Burlo Garofolo e AOUTs concordano da anni un comune piano dedicato al contenimento dei tempi d'attesa per i residenti in Provincia di Trieste.

Nel 2016 proseguiranno le attività di gestione coordinata delle liste d'attesa, puntando a qualificare l'offerta per le prestazioni con maggiore appropriatezza e di quelle con priorità B e D. Con questa ottica, si prevede entro il primo trimestre del 2016, di predisporre un piano provinciale mirante a conseguire tutti gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale e dalle vigenti normative, nazionali e locali.

#### 3.4.8. Rischio clinico

AAs1 e AOUTs predispongono un unico piano annuale del rischio clinico e garantiscono il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale. Inoltre, diffondono, mettono a regime e monitorano le raccomandazioni ministeriali e dei programmi specifici contenuti nel PRP.

Nell'ottica di prevenire gli errori in terapia con i farmaci antineoplastici e di migliorare la compliance dei professionisti con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, si prevede il completamento della fase di avviamento all'uso, nonché il follow-up e la messa a punto nel tempo, dello strumento software di prescrizione e allestimento unificato di farmaci oncologici (programma Dossier®, B-Mind) incluso nel progetto della nuova UFA aziendale

Per quanto riguarda l'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio si prevede la messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione", non appena verrà messo a disposizione.

Per la specificità che caratterizza un' Azienda Sanitaria territoriale alcuni indicatori saranno adattati ad una realtà assistenziale di tipo prevalentemente ambulatoriale e domiciliare.

Inoltre, verranno diffuse, messe a regime e monitorate le raccomandazioni ministeriali, in particolare sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori già oggetto del piano del rischio clinico 2015.

**AAS1/AOUTS aderiscono** al programma regionale previsto nelle LG 2016 (linea 3.4.8), garantendo la continuità di verifica, la raccolta dati e la partecipazione ai progetti regionali (ad esempio Polifarmacoterapia nell'anziano,), in particolare continuando le azioni su specifici settori, inerenti:

- la sicurezza nella documentazione sanitaria territoriale
- l'implementazione dell'incident reporting
- la prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA e Strutture protette
- le lesioni da pressione
- il controllo del dolore
- la sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci in territorio
- la formazione degli operatori (anche di RSA e Strutture protette), degli utenti e dei MMG sui temi del rischio clinico
- prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, anche obiettivo nel Programma XIII e XIV del PRP
- **reportistica destinata ai medici di medicina generale**
- **reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici**
- **-valutazione dell'aderenza terapeutica alle linee guida regionali**
- **Adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche**
- **Avvio di azioni di miglioramento sulla base delle criticità evidenziate dall'indagine**

**CARMINA;**

- **Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini**

**3.4.9. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure**

Le Aziende aderiscono al programma *choosing wisely* e metteranno in atto, laddove non già presenti, sistemi di controllo e monitoraggio al fine di migliorare le attività nei settori segnalati. Per quanto riguarda AAS1 si segnala la marcata riduzione del 2015 (-25%) dell'uso degli inibitori di pompa protonica, il progetto già in campo da anni sul controllo degli psicofarmaci nei pazienti anziani mentre molta attenzione andrà messa nella prescrizione delle RMN per la colonna. Le azioni specifiche e qualificanti per l'ospedale interessano la riorganizzazione dell'offerta prestazionale mirante a concentrare le attività per struttura e volume di casistica, anche in relazione ai migliori esiti riscontrati in letteratura (in particolare chirurgia ed interventistica invasiva).

Inoltre, attiverà nel corso del 2015 le azioni specifiche di contrasto all'inappropriatezza e sovra diagnosi secondo le indicazioni contenute nelle LG 2016.

L'azienda ospedaliera predisporrà nel primo trimestre del 2016 un programma specifico e selezionerà alcuni dei temi previsti dal progetto regionale. Le direttrici dell'intervento saranno concordate anche con i professionisti dei Distretti in modo da rendere omogenee le attività e finalizzarle alle linee di azione integrate sui principali percorsi di cura e di appropriata gestione del paziente una volta dimesso.

Si approfondirà ulteriormente l'appropriatezza prescrittiva dei MMG e degli specialisti (ospedalieri e territoriali) in merito alle prestazioni di *hightech imaging* (RM e TC a carico della colonna, RM muscolo scheletriche, ecc.), richieste per specifiche condizioni anche con l'obiettivo di contribuire ad una riduzione del tasso di utilizzo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale previsto dai Vincoli operativi regionali.

### 3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

#### 3.5 Assistenza farmaceutica

AAS1 nel corso del 2016 proseguirà tutte le attività di cui sopra dando continuità e approfondimento ai percorsi, in collaborazione con i medici convenzionati (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali interni) e i medici dei Distretti e dei Dipartimenti, concertando con AOOTS il coinvolgimento anche dei prescrittori ospedalieri le cui ricadute sull'assistenza farmaceutica territoriale sono notoriamente rilevanti, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva sia sul piano clinico che economico. AOOTS curerà simili approfondimenti per i farmaci di prescrizione specialistica ospedaliera (sclerosi multipla, antivirali, emato-oncologici, maculopatie ecc).

Il 2016, sarà caratterizzato da tre impegni principali:

- integrazione, costruzione delle sinergie ed omogeneizzazione delle strutture di farmacia dell'ente sanitario territoriale e ospedaliero-universitario
- attivazione della centrale unica di allestimento dei farmaci oncoematologici (UFA)
- avvio del protocollo, delle procedure specifiche e delle azioni finalizzate alla centralizzazione del magazzino farmaci della Provincia di Trieste nel magazzino unico farmaci di ASS5 (Pordenone)

1. Potenziamento dell'attività di monitoraggio e degli incontri di audit-feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero divulgando sia la reportistica regionale sia quella prodotta dalle strutture di farmacia dell'ente sanitario territoriale e ospedaliero universitario. Sono previsti almeno 4 incontri di audit-feedback con i prescrittori territoriali, 1 incontro con quelli ospedalieri, potenziando l'integrazione fra ospedale e territorio e l'invio di almeno due report personalizzati "scheda medico" ai MMG. Al fine di garantire il rispetto dei vincoli fissati per la farmaceutica verranno messe in atto opportune azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e all'incentivazione dei medicinali dal miglior profilo di costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia e sicurezza i medicinali dal minor impatto economico.

2. Verranno individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.

3. In particolare l'impegno sarà rivolto ad incrementare l'uso dei biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, a valori non inferiori all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate per i nuovi pazienti, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale.

4. In ambito territoriale si provvederà ad incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 che dovranno tendere ai valori target indicati. Si provvederà alla diffusione di almeno 3 comunicazioni ai prescrittori delle evidenze al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2016. AAS1 valuterà inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia. AOOTS si impegna ad utilizzare in modo esteso i farmaci a brevetto scaduto (indicatori AIFA-MEF, Tabella successiva) e dei farmaci con il miglior rapporto costo-efficacia.

5. Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata, si favorirà nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che a

<p>parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR. Verranno messi in atto idonei percorsi volti alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle AAS di residenza del paziente.</p>
<p>6. Si assicurerà la distribuzione diretta a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali garantendone l'appropriatezza d'uso. Nel 2016 sarà garantita l'erogazione diretta nel 100% delle strutture. L'Azienda assicurerà la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia attraverso l'implementazione di tale attività in almeno il 20% delle residenze protette.</p>
<p>7. AAS1 assicurerà il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti diabetici al fine di 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. Si consoliderà la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica e verranno favorite modalità di distribuzione dei prodotti AFIR (ausili per diabetici) economicamente vantaggiose per il SSR (es. accordi le farmacie, distribuzione diretta).</p>
<p>8. AAS1 adotterà idonee iniziative, al fine di monitorare periodicamente eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza, segnalando contestualmente tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, secondo le modalità concordate.</p>
<p>9. Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS, a partire dal II quadrimestre 2016, da parte di AAS1 e AOTS, sarà garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>
<p>10. AAS1 e AOOTS garantiranno la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia e provvederà, al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza, ad identificare almeno un referente per la tematica tra il personale medico e/o infermieristico per dipartimento.</p>
<p>11. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA sarà effettuata nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di garantirne appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Si assicurerà, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.</p>
<p>12. La cartella oncologica informatizzata sarà implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>
<p>13. Sarà garantita l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, con l'integrale copertura della fase 3 su fase 2, tendendo al 100%.</p>
<p>14. Al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni</p>

farmaceutiche erogate in distribuzione diretta si implementerà, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito.

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

	% media FVG (gen-set 2015)	Target nazionale a cui tendere %
Classe C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI	82,39%	92,30%
Classe C09DA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI	78,05%	99,30%
Classe C10AA - INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	78,22%	85,90%
Classe G04CB - INIBITORI DELLA TESTOSTERONE 5-ALFA REDUTTASI	32,40%	43,90%
Classe M05BA - BIFOSFONATI	88,16%	93,90%
Classe N03AX - ALTRI ANTIEPILETTICI	60,62%	69,10%
Classe N06AX - ALTRI ANTIDEPRESSIVI	45,13%	57,10%
Classe N02CC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI 5HT <sub>1</sub>	65,81%	69,20%
Classe S01ED SOSTANZE BETA-BLOCCANTI	32,19%	35,70%

**3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI****3.6.1. Anziani****Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale**

Nel regolamento di disciplina del Fondo per l'autonomia possibile (FAP), emanato con decreto del Presidente della Regione n.7. dd 8/01/2015, in particolare agli articoli 10, 11 e 12, i quali trattano, nel loro insieme, del sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale, è previsto che i progetti in questione debbano essere sostenuti da un finanziamento congiunto, formato per il 50% con risorse provenienti dal FAP (di competenza del Servizio sociale dei Comuni) e per il restante 50% da risorse messe a disposizione dalle AAS1, aggiuntive e non sostitutive di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione. Anche per il 2016 il DSM garantirà la valutazione congiunta delle persone che possono usufruire del Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale. Tutti i progetti saranno sostenuti con un finanziamento congiunto tra Servizio sociale dei Comuni e AAS1.

**3.6.1. Anziani****Processo di riclassificazione delle residenze per anziani:**

A seguito dell'adozione del D.P.Reg. 144/2015 che disciplina, tra l'altro, il processo di riclassificazione dei servizi semiresidenziali e delle residenze per anziani, nell'anno 2016 l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" collabora all'attuazione del processo attraverso:

- la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015)
- la valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2);
- il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015)

**3.6.1. Anziani****Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti**

- Sarà garantita la partecipazione all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziano non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 145 del D.P.Reg. 144/2015. Inoltre, in continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, sono inoltre previsti i seguenti obiettivi/azioni

- 1. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani

- proseguire nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzerà almeno tre nuove visite di audit approfondite;
- provvedere a redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti

- 2. Sistemi informativi

- Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare l'utilizzo sistematico dello strumenti di

VMD Val.Graf-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei sistemi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati

#### 3.Sistema di VMD Val.Graf.-FVG

- Valutare, 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 mezzo di un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti

#### 4.Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità

- esercitare la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità (nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006). Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.

- effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza

### **3.6.2. Minori**

#### **Affido**

E' già vigente tra AAS1 e Ambiti della provincia un protocollo operativo sull'affido familiare che è in linea con i contenuti delle linee guida regionali (DGR 1115 dd 12./06/15). L'attività integrata sulla tematica è consolidata. Da diversi anni l'Azienda mette a disposizione ore settimanali di psicologo dei Consultori Familiari per le attività del Servizio Affidi gestito dal Comune di Trieste, oltre agli interventi sanitari e sociosanitari dei Distretti nella presa in carico dei minori e delle famiglie target

### **3.6.2. Minori**

#### **Adozioni**

Per il 2016 si conferma la partecipazione di AAS1 con un proprio rappresentante al tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle linee guida per le adozioni internazionali e nazionali, per fornire indicazioni operative relativamente all'iter adottivo nel suo complesso.

Continuerà parallelamente, all'interno dei Consultori Familiari di AAS1, il lavoro di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza relativamente all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti.

### **3.6.2. Minori**

#### **Minoranze linguistiche**

Nel corso del 2016 verrà rinforzato il servizio psicopedagogico per la minoranza slovena.

### **3.6.3. Piani di Zona**

Nell'anno 2015 si è formalmente concluso il triennio di validità del Piano di Zona di cui all'art. 24

della Legge Regionale 6/2006 "sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale". Tuttavia gli obiettivi e le azioni intraprese nelle aree d'integrazione socio sanitaria, formalizzati anche in specifici protocolli da parte delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria e dei Servizi Sociali dei Comuni, rimangono attuali e da implementare nel corso del 2016 considerando, altresì, che la Regione procederà, in attuazione dell'art. 25 della Legge Regionale 17/2014, alla revisione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione da assicurare da parte delle Aziende e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Si prevede pertanto per il 2016 una continuità della pianificazione locale e il rinnovo dell'"atto di intesa" da parte delle Aziende congiuntamente ai Servizi Sociali dei Comuni.

Occorre peraltro considerare che l'anno 2016 si caratterizzerà per rilevanti innovazioni sul piano istituzionale e programmatico in quanto verranno, da un lato, attivate le Unioni Territoriali Intercomunali di cui all'art. 5 della Legge Regionale 26/2014 "Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia" che assumeranno dai Comuni le funzioni del sistema locale dei servizi sociali e, dall'altro, la Regione definirà la programmazione sociale per il prossimo triennio.

### 3.7. SISTEMA INFORMATIVO

#### 3.7.1 Sistema informativo

Il 2016 sarà caratterizzato dall'unificazione delle due aziende triestine e dal conseguente processo di omogeneizzazione delle conoscenze, dei metodi operativi e delle attività propri delle strutture ITC dell'azienda territoriale e dell'azienda ospedaliero-universitaria.

Nel corso del prossimo anno avrà inoltre inizio il complesso percorso di riqualificazione del presidio di Cattinara che porterà fin da subito un forte impatto sull'attività ITC. Le Aziende dovranno garantire adeguati livelli di sicurezza e continuità operativa e realizzare quanto previsto in modo trasversale in numerose linee della DGR 2393/2015.

*Si vuole far presente, tuttavia, che molti applicativi in uso non sono adeguati ai percorsi clinici multidisciplinari e/o complessi che sono stati attivati tra le due Aziende e, a volte, si sono dimostrati tecnicamente obsoleti e vincolanti sulla configurazione dei client. A queste criticità si sommano la necessità di avere adeguati investimenti tecnologici e di risorse umane necessarie per le attività di analisi, progettazione, programmazione, attuazione e valutazione post avvio.*

Si auspica quindi tra l'altro di poter avere al più presto a disposizione una suite di software organica e rinnovata, sia tecnologicamente che dal punto di vista della capacità di risposta ai bisogni organizzativi e clinici, che in primis non introduca rischi per il paziente, con particolare attenzione alla privacy e con requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi. Il tutto integrato ed integrabile in modo semplice ed efficace con i software specialistici in uso e che verranno acquisiti e con gli apparecchi medicali di moderna concezione.

Le azioni e attività che rientrano nelle competenze specifiche della struttura ITC delle Aziende triestine intercettano in modo trasversale numerose linee previste nella DGR 2393/2015. Gli interventi previsti sono descritti nelle corrispondenti linee.

L'azienda garantirà la firma digitale su:

- G2 clinico referti ambulatoriali (esclusa radiologie, compresa medicina trasfusionale) > 80%;
- G2 clinico referti ambulatoriali di radiologia > 98%: la percentuale potrà essere ottenuta solamente includendo anche l'inserimento a sistema di copie digitali conformi all'originale analogico;
- G2 clinico lettera di dimissione > 80% da quando verrà messa a disposizione la classe documentale e verrà attivata la relativa conservazione a garanzia della validità della firma e quindi del documento stesso;
- cardionet referti ambulatoriali > 80%;
- cardionet lettera di dimissione > 80% da quando verrà messo a disposizione il software da parte di Insiel;
- dnlab (laboratorio, microbiologia e medicina trasfusionale) > 98%;
- anatomia patologica > 98%;
- ECCG > 80% da quando verrà messo a disposizione uno strumento a ciò atto (modulo di firma Insiel integrato con l'attuale sistema Mortara in uso, oppure modulo di firma Mortara e integrazione con i sistemi di visualizzazione Insiel e di conservazione regionale, oppure nuovo sistema ECCG completo di modulo di firma integrato con il SIO e con il sistema di conservazione regionale e utilizzabile con gli apparecchi per l'ECCG a disposizione o rinnovo degli stessi).

Un corollario necessario all'estensivo utilizzo della firma digitale e per garantire la vera dematerializzazione (eliminazione delle stampe) si segnala l'esigenza di poter disporre di uno

strumento informatico che garantisca la completezza della cartella clinica con il "link" all'originale: ossia una stampa da sistema della lista dei documenti firmati, filtrati almeno per data e per intero episodio (stampa da sistema).

<p>Obiettivo aziendale</p> <p><b>Ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale</b></p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica</b></p>
---	--

### 3.7.2. PACS

AOUTs intende mantenere gli standard di qualità, sicurezza e continuità di servizio caratteristici del sistema PACS ospedaliero in essere, anche nell'ottica dell'unificazione con l'azienda territoriale, dell'integrazione con il sistema regionale e, a tendere, dell'integrazione nell'infrastruttura IT dei sistemi dell'IRCCS Burlo Garofolo. Auspica inoltre di poter proseguire nel percorso di estensione della digitalizzazione di tutte le bioimmagini prodotte in azienda in ogni settore clinico e di ampliamento delle possibilità di valutazione quantitativa specialistica sull'imaging diagnostico.

Per quanto riguarda le indicazioni pianificatorie regionali, collaborerà:

- a. All'implementazione del caso d'uso consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, che rientra nel progetto di integrazione nel sistema PACS Regionale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy sulla base di indicazioni regionali.**
- b. Al completamento e all'estensione del percorso di integrazione dei sistemi PACS delle aziende della Provincia di Trieste verso il PACS Regionale**

## Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina"

(Decreto del CS n. 613 dd. 30/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)

Rilievo Aziendale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA	Aree Verdi
	Realizzazione nuovi ambienti nell'ex Auditorium per il CAP del Distretto 3 sede di Valmaura	440,0			
	Lavoro di adeguamento ambienti destinati al CAP del Distretto 2 con sede nell'Ospedale Maggiore	120,0	420,0	227,0	
	Acquisto dei soli locali aventi finiture al grezzo per ampliamento del Distretto 1 in via Stock 4 e futura riorganizzazione spazi per il CAP (I fase)	87,0			
	Contributo per interventi di manutenzione straordinaria da svolgere nel Parco di San Giovanni ex OPP	60,0			60,0
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>707,0</b>	<b>420,0</b>	<b>227,0</b>	<b>60,0</b>
BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA		
Biomediche	187,5				
Informatiche	165,0		652,5		
Altro	300,0				
<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>652,5</b>	<b>-</b>	<b>652,5</b>		
<b>A) Totale rilievo aziendale</b>		<b>1.359,5</b>	<b>420,0</b>	<b>879,5</b>	<b>-</b>
					<b>60,0</b>

Rilievo Regionale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali	
	CSM di Aurisina: lavori di adeguamento per il superamento degli ex OPG (REMS)	522,5				522,5
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo regionale</b>	<b>522,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>522,5</b>	
<b>B) Totale rilievo regionale</b>		<b>522,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>522,5</b>	

<b>Importo totale del piano degli investimenti (A+B)</b>	<b>1.882,0</b>
--	----------------

di cui:

<b>Interventi edili e impiantistici</b>	<b>1.229,5</b>
---	----------------

<b>Beni mobili e tecnologie</b>	<b>652,5</b>
---------------------------------	--------------

## Elenco delle attrezzature e beni mobili di rilievo

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo complessivo
	Rinnovo automezzi 118	Centrale 118	1	75,0

## Copertura finanziaria del piano degli investimenti

Fondi Statali	522,5
CC regionale: quota di rilievo aziendale	879,5
CC regionale: quota di rilievo regionale	-
Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)	60,0
Risorse proprie	420,0
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	
Utili di esercizi precedenti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	420,0
Altro	
<b>Totale:</b>	<b>1.882,0</b>
<b>Quota 2015 riscatti finali per acquisizioni in leasing</b>	<b>Importo</b>
	<b>1,8</b>
<b>Disponibilità complessiva:</b>	<b>1.883,8</b>

## Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"

### 3. LE PROGETTUALITA'

#### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

<b>3.1.1 Atti aziendali</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Fino alla definitiva approvazione degli Atti aziendali, l'organizzazione delle strutture operative aziendali (presidi ospedalieri e distretti) rimane invariata. Nell'applicazione dei nuovi atti aziendali, relativamente all'individuazione dei responsabili delle strutture gli Enti tengono conto di quanto indicato nella DGR n. 929/2015.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Organizzazione delle strutture operative aziendali invariata sino ad approvazione dell'Atto aziendale da parte della DCS.</p> <p>Applicazione del nuovo atto, tenuto conto di quanto indicato nella DGR n. 929/2015.</p>

<b>3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Entro il 30 giugno 2016 l'Azienda darà completa attuazione a quanto previsto dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Disattivati i posti letto per acuti e realizzato progetto sull'attivazione dei posti letto riabilitativi sulla base dei bisogni sanitari e delle risorse disponibili</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Relativamente alle funzioni da attivare, l'Azienda costituisce le relative equipe, anche tramite l'utilizzo di risorse interne, ed individua il relativo responsabile (eventualmente pro tempore).</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Attivate le progettualità a rilevanza strategica aziendale.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Relativamente alle funzioni da dismettere, l'Azienda procedere alla loro dismissione entro il 30 giugno per quelle già non coperte da apicalità, o alla cessazione della</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Dismissione immediata delle funzioni non coperte da apicalità e applicazione graduale dell'atto aziendale con conferimento degli incarichi in relazione al divenire della nuova organizzazione,</p>

relativa apicalità, nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 929/2015. Le equipe appartenenti a strutture non più previste saranno fuse con le altre omologhe ed affidate ad un unico direttore/responsabile.	come dettagliato nella relazione sulle risorse umane.
Obiettivo aziendale Tutte le autorizzazioni di copertura di apicalità non più previste dalla DGR 929/2015, ancorché già rilasciate, ma per le quali non ha ancora preso servizio il vincitore, non sono più valide. Le procedure di selezione già avviate, pertanto, sono sospese o annullate in relazione alla presenza/collocabilità di un altro direttore omologo e fino alla sua permanenza in servizio.	Risultato atteso Annullate le procedure in atto non coerenti con la DGR 929/2015 e l'Atto aziendale.
Obiettivo aziendale In particolare, nel corso del 2016 dovrà essere dato corso all'implementazione almeno delle seguenti linee di sviluppo. Reumatologia	Risultato atteso Entro il 30 giugno: - presenza di almeno un medico reumatologo nelle medicine interne dei presidi ospedalieri; - ambulatori di reumatologia (specifico codice per visite e controlli) presso i nodi della rete
Obiettivo aziendale Malattie Infettive	Risultato atteso Entro il 30 settembre: presenza di un medico infettivologo presso i presidi ospedalieri, funzionalmente collegato con i servizi/reparti dei presidi ospedalieri hub di riferimento.
Obiettivo aziendale Assistenza Veterinaria	Risultato atteso Completato entro il 30 settembre l'assetto organizzativo delle aree A, B e C, secondo la DGR n. 929/2015.

### 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

<b>3.1.4 Piano Emergenza urgenza</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Con la DGR n. 2039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il nuovo Piano dell'Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso dell'anno 2016, dovrà essere dato avvio alle seguenti attività:</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avvio da parte delle AAS della nuova distribuzione delle ambulanze e delle automediche per quanto possibile entro la data del 31 marzo, ove sia prevista l'implementazione di mezzi e/o risorse entro il 31.12.2016.</li> <li>- Revisione dell'organizzazione del Punto di primo intervento di Grado coerentemente con l'avvio del CAP.</li> <li>- Adeguamento piazzola elisoccorso Latisana al volo notturno (previsto nelle azioni/interventi da esplicitare come risultato atteso)</li> </ul> <p><b>- Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</b></p>

<b>3.1.5 Piano Sangue</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>A seguito dell'adozione del nuovo Piano Sangue, che dovrà prevedere la conferma di quanto indicato nella DGR 2673/2014 relativamente alla collocazione presso la sede ospedaliera di Palmanova del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti, si inizierà a dar seguito a quanto stabilito dal Piano stesso in merito all'attribuzione delle funzioni e delle risorse</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione dei locali presso la sede di Palmanova del presidio ospedaliero di Latisana-Palmanova attualmente occupati dal Laboratorio analisi. L'intervento è finalizzato ad accogliere il Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti, nonché la validazione.</li> <li>- L'avvio effettivo delle attività nella nuova conformazione organizzativa è previsto per l'inizio del 2017</li> </ul> <p><b>- Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue</b></p>

<b>3.1.6 Piano Oncologico</b>	
Piano oncologico	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano oncologico</b>

<b>3.1.7 Piano della riabilitazione</b>	
Piano della riabilitazione	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della riabilitazione</b>

<b>3.1.8 Piano della salute mentale</b>	
Piano della salute mentale	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale</b>

<b>3.1.9 Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Completamento della nuova organizzazione del Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia hub del presidio ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Udine</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Centro hub nel presidio ospedaliero di Udine e laboratori satellite presso le sedi di Latisana e Palmanova</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Per il Laboratorio analisi e la Microbiologia e virologia hub del presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste è previsto di dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia che coinvolge anche le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri hub e spoke, con l'adozione delle procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato.</p>

**3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.2 Promozione della salute e prevenzione</b>	
Obiettivo aziendale Individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione	Risultato atteso Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti

<b>3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale Giungere entro il 2016 alla formale adozione, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare	Risultato atteso Adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare
Obiettivo aziendale L'azienda realizza almeno un corso residenziale su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve. Entro il 2016 è formato almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria: l'azienda invia un report con numero degli operatori formati.	Risultato atteso Realizzato un corso residenziale. Almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria formati: l'azienda invia report con numero degli operatori formati.
Obiettivo aziendale Partecipare al gruppo di lavoro inter-professionale (psichiatri, pediatri, MMG, operatori della salute mentale, anche dell'età evolutiva, e del distretto) per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi coordinato dall'AAS4. Partecipare alla formazione	Risultato atteso Evidenza della partecipazione al gruppo di lavoro; evidenza della partecipazione alla formazione

<b>3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Risultato atteso Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"</p> <p>(azioni ed interventi previsti:</p> <p>-elaborazione di unico percorso di breast unit e concentrazione della attività chirurgica presso le sedi di Gorizia e Latisana)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>L'introduzione di un non definito "percorso di breast unit" e la suddivisione dell'attività chirurgica in due sedi appare a rischio di generare incongruenze con quanto previsto dal documento ministeriale in tema di breast unit.</b></p> <p><b>Il risultato atteso deve essere quindi la predisposizione di Piano di riorganizzazione attività senologica, coerente inoltre con quanto previsto dalle indicazioni regionali (Strutture e standard organizzativi della rete dei servizi di assistenza ospedaliera, Allegato 2 alla delibera n. 2673 d.d. 30.12.2014)</b></p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Concordare un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Proposta di protocollo <b>condivisa con le altre aziende</b> inviata alla DCS per l'adozione formale</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</li> <li>- percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali <math>\geq 95\%</math></p>

Obiettivo aziendale Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici	Risultato atteso - Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale
Obiettivo aziendale Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Risultato atteso Anagrafe sanitaria aggiornata
Obiettivo aziendale Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	Risultato atteso L'AAS utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening

### 3.2.3 Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale <b>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico</b>	Risultato atteso - <b>Garantire la partecipazione ai lavori</b> - <b>Collaborare alle attività propedeutiche all'adozione della procedura regionale, per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico, in tutti i punti nascita</b>
Obiettivo aziendale Adozione formale della procedura regionale per lo screening neonatale audiologico in tutti i punti nascita	Risultato atteso Adottata formalmente la procedura nei punti nascita aziendali
Obiettivo aziendale Adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico	Risultato atteso Adottata formalmente la procedura nei punti nascita aziendali
Obiettivo aziendale Assicurare da parte di tutti i punti nascita aziendali la regolare comunicazione all'IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Risultato atteso Report di monitoraggio del programma regionale

### 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere nei giovani (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

<p>Coordinare l'esecuzione dei progetti <i>what's up</i></p> <p>Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello <i>what's up</i>, raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.</p>	<p>- Report congiunto di attività alla DCS</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare le attività previste dall'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Programmi avviati o iniziative realizzate</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>L'AAS si dota di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Flow-chart adottata formalmente</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)</p>

### 3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare almeno un corso di formazione accreditato ciascuna per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Un corso di formazione per ogni azienda</p>
---	--

**3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda</p>

**3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare una mappatura degli stakeholders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS</p>
--	---

**3.2.8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare le attività previste relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP sulla prevenzione degli incidenti domestici.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Report congiunto di monitoraggio delle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Pronto soccorso: eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in tutti i Pronto Soccorso</p>

<b>3.2.9 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale SPSAL: partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Risultato atteso Report congiunto di attività alla DCS
Obiettivo aziendale SPSAL: partecipare all'elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Risultato atteso Report congiunto di attività alla DCS
Obiettivo aziendale Partecipare ai lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Risultato atteso Proposta di linee guida regionali
Obiettivo aziendale SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Risultato atteso - Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo) -10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)
Obiettivo aziendale Individuare un'azienda referente per la realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Risultato atteso Corso realizzato
Obiettivo aziendale SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Risultato atteso Operatori formati, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
Obiettivo aziendale Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Risultato atteso Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

**3.2.10 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>5% delle aziende vigilate.</p> <p>o Agricoltura 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti</p> <p>o Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in atto negli ultimi 5 anni (pag 85)</p> <p>(Report di attività alla DCS)</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria</p>

**3.2.11 EmerSIONE e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione realizzati in regione</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Report di attività alla DCS</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Redigere, adottare formalmente e avviare in ogni azienda un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Adozione di regolamento regionale sul fumo</li> <li>- Istituzione del registro aziendale degli accertatori</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>

Obiettivo aziendale Realizzare, nel biennio 2015-2016, almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Risultato atteso Corso effettuato
---	--------------------------------------

### 3.2.12 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)

Obiettivo aziendale Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	Risultato atteso Report della DCS
Obiettivo aziendale Alimentare le banche dati informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Risultato atteso Report congiunto di attività inviato alla DCS
Obiettivo aziendale Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Risultato atteso Dati inviati alla DCS
Obiettivo aziendale Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Risultato atteso Il 25% delle verifiche effettuate da ogni azienda è inserito a data base
Obiettivo aziendale Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SINVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004	Risultato atteso 100% delle anagrafiche inserite

### 3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)

Obiettivo aziendale Dar seguito alle attività del "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, con la definizione di protocolli operativi di	Risultato atteso In coerenza con i risultati dell'indagine effettuata nel corso del 2015, redigere un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale.
--	---

sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Partecipazione dell'azienda al tavolo VIS</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon, dovranno essere realizzate dal Dipartimento di prevenzione in collaborazione con ARPA iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.</p> <p>Dopo aver condiviso i contenuti formativi nell'ambito del tavolo VIS, individuare in modo coordinato un'azienda referente, che con la collaborazione di ARPA realizza un evento formativo per progettisti e uno per operatori.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Un evento formativo per progettisti e uno per operatori.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Almeno 1 controllo eseguito</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Organizzare e realizzare un evento formativo sui Regolamenti (CE) Reach e CLP per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione interessati al controllo sui fitofarmaci con la finalità di informare e assistere le imprese del settore.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evento formativo realizzato</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evento formativo realizzato</p>

<p>che fanno loro capo in materia di REACH: i Dipartimenti di Prevenzione provvedono a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una ASS capofila per l'organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP</p>	
<p>Obiettivo aziendale Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA) realizzare una campagna informativa rivolta alla popolazione, in accordo con l'Area Promozione della Salute e Prevenzione della Regione.</p>	<p>Risultato atteso Campagna informativa realizzata</p>
<p>Obiettivo aziendale Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA): mantenere a Palmanova e Monfalcone ambulatori specificamente dedicati alla sorveglianza ex esposti ad amianto, coordinando inoltre l'analoga attività nelle altre aziende sanitarie.</p>	<p>Risultato atteso Report regionale di attività</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviare al COR</li> <li>2. Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM</li> <li>3. Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.</li> </ol>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dati inviati al COR</li> <li>- schede ReNaM trasmesse</li> <li>- i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare; dopo condivisione della documentazione di riferimento programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione.</p>	<p>Risultato atteso Report alla DCS con numero di operatori formati.</p>
<p>Obiettivo aziendale <b>Piano per il monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola. Le AAS1, AAS2, AOOTS partecipano alle attività del programma pilota (raccolta</b></p>	<p>Risultato atteso <b>Almeno 200 campioni per area</b></p>

<b>dei campioni biologici e dei relativi questionari di esecuzione dei test)</b>	
--	--

<b>3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere).</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Corso realizzato</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Flow-chart aziendale</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garantire in tutte le aziende sanitarie l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza del percorso sul sito internet aziendale</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipare ai gruppi di lavoro regionale finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione</p> <p>Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento delle coperture vaccinali</li> <li>- Report aziendale inviato alla DCS</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Indicatori regionali monitorati</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b></p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p>

Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	<b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Obiettivo aziendale Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Risultato atteso Evento di formazione realizzato
Obiettivo aziendale Partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	Risultato atteso - adozione formale delle linee guida regionali - aggiornata procedura aziendale di notifica delle malattie infettive e di organizzazione dell'indagine epidemiologica in corso di MTA
Obiettivo aziendale Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Risultato atteso Partecipazione alla realizzazione del piano

### **3.2.15 Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)**

Obiettivo aziendale Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Risultato atteso Report settimanale
Obiettivo aziendale Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Risultato atteso Realizzato un intervento formativo/informativo
Obiettivo aziendale Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Risultato atteso In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Obiettivo aziendale Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Risultato atteso Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

**3.2.16 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo e continuano l'allattamento anche nel periodo successivo fino all'inizio dell'alimentazione complementare</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gruppo aziendale costituito e referente individuato</li> <li>- adozione formale del piano</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Report di autovalutazione</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Censimento con monitoraggio delle attività inviato alla DCS</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Dati inseriti</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evento realizzato</p>

**3.2.17 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni.</p>
--	--

dei controlli in materia di sicurezza alimentare	
Obiettivo aziendale Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Risultato atteso Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
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 2015	Risultato atteso 100% degli interventi previsti dalla programmazione regionale: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2016 - il n .audit per settore programmati per il 2016 - n. dei campionamenti ufficiali di alimenti e di valutazioni del rischio programmati - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
Obiettivo aziendale Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Risultato atteso Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc..
Obiettivo aziendale Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Risultato atteso Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Obiettivo aziendale Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	Risultato atteso n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità
Obiettivo aziendale Attuazione dei controlli sul benessere	Risultato atteso n. interventi di controllo sul rispetto del benessere

animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	animale richiesti dal PQSA 2015
Obiettivo aziendale Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Risultato atteso Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Obiettivo aziendale Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Risultato atteso Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

**3.3 ASSISTENZA PRIMARIA****3.3.1 Lo sviluppo dell'assistenza primaria**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>L'Azienda per l'assistenza sanitaria procede all'aggiornamento/revisione del Piano dell'assistenza primaria, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, entro 60 giorni dall'emanazione delle stesse, con la finalità di portare a regime l'attivazione di tutte le AFT e di avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP entro il 2016. Contestualmente alla progressiva attivazione delle AFT, l' Azienda utilizza, quale strumento di governo e gestione dell'assistenza primaria, i regolamenti di esercizio per l'individuazione degli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative.</p> <p>I temi principali di intervento riguarderanno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la gestione della appropriatezza del ricorso alla specialistica ambulatoriale;</li> <li>- la gestione della appropriatezza della prescrizione farmaceutica;</li> <li>- la gestione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (per quanto di pertinenza della assistenza primaria);</li> <li>- la gestione della malattia cronica secondo modelli innovativi;</li> <li>- l'avvio della medicina di iniziativa ad iniziare dal diabete e dalla fragilità;</li> <li>- la promozione della salute attraverso la raccolta delle informazioni atte a registrare gli stili di vita dei cittadini e all'avvio di iniziative educative volte alla modifica degli stili scorretti;</li> <li>- la prevenzione attraverso la promozione degli screening oncologici e la promozione delle vaccinazioni sia nell'età adulta che in quella pediatrica/evolutiva.</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <p>Revisionato il Piano dell'assistenza primaria .</p> <p>Attivate tutte le AFT.</p> <p>Avviati almeno 2 CAP (Grado e Cormons) anche con modello organizzativo funzionale.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>In armonia con l'articolo 19 della legge</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Realizzati almeno 2 incontri strutturati per</p>

regionale 17/2014, si avviano incontri strutturati e continui con i cittadini, per le finalità di cui al medesimo articolo, utilizzando in particolare anche gli strumenti e i dati che il sistema regionale ha elaborato, come ad esempio il sistema dei costi standard NISAN, il progetto bersaglio del network delle regioni, il piano esiti dell'Agenas	Distretto.
---	------------

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Accreditamento

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Con la DGR 2220/2015 è stata recepita l'Intesa CSR del 19/2/2015 in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie ed è stato istituito l'organismo tecnicamente accreditante rappresentato dalla conferenza dei referenti aziendali dell'accREDITamento. Nel corso del 2016 si darà attuazione a tutti gli adempimenti previsti nella citata DGR 2220/2015, tra cui il reclutamento di nuovi valutatori, l'addestramento e la messa a disposizione dei valutatori formati per le procedure di autorizzazione / accREDITamento regionale come da programma annuale approvato dall'organismo tecnicamente accreditante.</p> <p>Nell'ambito di tale programma, che sarà comunicato a tutti gli enti del SSR, è previsto, entro il 2016, il completamento dell'accREDITamento di tutti gli ospedali della regione</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Viene data attuazione a tutti gli adempimenti previsti dalla DGR 2220/2015 come previsto dal programma annuale approvato dall'organismo tecnicamente accreditante.</p> <p>Gli ospedali della AAS2 sono accreditati in assenza di requisiti essenziali non conformi.</p>
--	--

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Odontoiatria sociale.

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nel corso del 2015 è stato redatto un progetto di potenziamento dell'odontoiatria sociale con l'obiettivo di uniformare i livelli di assistenza forniti nel territorio regionale, le modalità di organizzazione dei servizi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Attuato gradualmente il programma regionale</p>
---	--

<p>(tipologia di prestazioni offerte, criteri di accesso, di priorità e di compartecipazione ai costi) ed i livelli quali-quantitativi, razionalizzando ed utilizzando con maggiore efficacia ed efficienza la spesa già in essere e potenziando i servizi dove se ne ravvisa la necessità. Nel 2016 si darà graduale attuazione al programma a cominciare dalle prestazioni odontoiatriche urgenti e delle categorie di soggetti previsti dai LEA e dalle protesi dentarie secondo criteri definiti nell'apposito documento regionale.</p>	
---	--

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Cure palliative (vedi linea 3.4.3 Reti di patologia)

<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Nel 2015 è stato definito il modello organizzativo delle reti per le cure palliative e per la terapia del dolore. Nel 2016 si procederà alla riorganizzazione e all'accreditamento delle reti, garantendone l'integrazione con gli altri percorsi erogati dal territorio. Inoltre, nel corso dell'anno, sarà attivato il percorso formativo regionale per i professionisti e gli operatori delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore e si procederà alla nomina dei componenti del coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore e all'attivazione dei tavoli di lavoro per i percorsi clinico-assistenziali e il monitoraggio delle reti.</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>Attuato l'Atto Aziendale con la istituzione di una SOC di Cure Palliative.</p> <p>Partecipato alla formazione regionale.</p>
--	--

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Salute mentale

<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Nel corso del 2016, con il contributo di professionisti esperti delle AAS, si procederà alla redazione del piano della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del Piano di azioni nazionale per la salute mentale.</p> <p>Nell'ambito della salute mentale in età</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>Saranno oggetto di monitoraggio regionale i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali con il recupero, entro il 31.12.2016, di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2015;</li> </ul>
--	--

<p>adulta ed in età evolutiva, in continuità con gli obiettivi perseguiti nel 2015, si continuerà nel percorso di miglioramento della rete dei servizi territoriali attraverso specifiche strategie per recuperare e riconvertire le risorse destinate agli interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.</p>	
<p>Obiettivo aziendale Servizi di Riabilitazione</p>	<p>Risultato atteso Realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica con aumento del numero di educatori professionali rispetto a medici ed infermieri;</p>
<p>Obiettivo aziendale Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva in attuazione agli impegni previsti nei Piani Nazionali di salute mentale dell'età evolutiva, in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario;</p>	<p>Risultato atteso Avviata la rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.</p>
<p>Obiettivo aziendale Consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del comportamento alimentare, potenziando il primo ed il secondo livello, attuando gli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio;</p>	<p>Risultato atteso Definito e consolidato il percorso strutturato per la presa in carico delle DCA.</p>
<p>Obiettivo aziendale Sviluppo di progetti per l'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria, con un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano</p>	<p>Risultato atteso Evidenza della progettualità.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>

Nel corso del 2016 si riprenderanno le attività regionali di collaborazione con i DSM al fine di migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale, secondo le indicazioni contenute nel manuale ministeriale 2014, adottando la classificazione ICF modificata Vilma FABER	Adottata la classificazione ICF modificata Vilma FABER
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>È prevista la diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS, con lo scopo di strutturare e sviluppare un sistema di relazioni tra medici di medicina generale e servizi di salute mentale, per poter gestire in modo integrato i disturbi psichiatrici comuni e favorire l'identificazione precoce e la continuità terapeutica nella psicosi.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Diffuso ed applicato il manuale mhGAP, successivamente alla disponibilità della versione tradotta</p>

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Dipendenze

<p>Obiettivi aziendali</p> <p>Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</p>	<p>Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</li> <li>- Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'Osservatorio.</li> </ul>
<p>Obiettivi aziendali</p> <p>Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Partecipato ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</p>
<p>Obiettivi aziendali</p> <p>Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.</p>

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Sanità penitenziaria

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nel corso del 2015 le Aziende per l'assistenza sanitaria hanno contribuito alla revisione del Protocollo inter istituzionale di</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L'Azienda presenterà entro il primo semestre del 2016 il Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti</p>
---	---

collaborazione con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria, di prossima approvazione.	penitenziari, coerente con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale.
--	--

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Nel corso del 2015 sono stati dimessi tutti i pazienti residenti in FVG e internati negli OPG di macro bacino e formulati i programmi terapeutico riabilitativi individuali, condivisi con l'autorità giudiziaria. È stato avviato il Programma per la gestione transitoria della funzione di superamento degli OPG, di cui alla delibera di Giunta 622/2015, finalizzato all'accoglienza delle persone internate secondo il principio della territorialità. Nel corso del 2016, a seguito del prospettato passaggio delle funzioni di superamento degli OPG, si intende avviare la valutazione del succitato Piano per la gestione degli interventi transitori attuato nel 2015.</p> <p>Saranno promosse iniziative di formazione che riguardano la progettualità terapeutico individuale e la realizzazione di azioni finalizzate alla dimissione e il reinserimento sociale delle persone internate, anche con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria.</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>Partecipato alla formazione regionale e alla valutazione del percorso di avvio delle REMS</p>

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Riabilitazione.</b>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Con l'applicazione degli standard individuati dalla nuova riforma è previsto un aumento considerevole dei posti letto di riabilitazione, sia ospedalieri che territoriali nelle RSA, secondo la DGR n. 2151/2015. Tali posti nascono dalla riconversione di posti letto per acuti e post-acuti attualmente presenti nel sistema, ma prevedono standard di personale di riabilitazione, in particolare fisioterapisti e</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>L'azienda individua i posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale e, nel contempo, avvia un percorso di revisione qualitativa della propria dotazione di personale finalizzato ad acquisire le figure necessarie ad ottemperare agli standard previsti per tale tipologia di attività.</p> <p>Attivazione progressiva dei posti letto.</p>

<p>logopedisti, attualmente non presenti nelle dotazioni delle singole aziende sanitarie.</p> <p>Nel corso del 2015 sono stati attivati 14 posti letto di riabilitazione presso la sede ospedaliera di Palmanova.</p>	
---	--

<p><b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b></p>	
<p><b>Percorso nascita</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipare alle riunioni del Comitato Percorso nascita regionale, sullo stato di attuazione delle suddette linee di azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetto da parte dei Punti Nascita pubblici e privati delle misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012</li> <li>- formalizzazione, nell'ambito del piano delle emergenze, del trasporto assistito materno (STAM) e del trasporto di emergenza neonato (STEN), secondo i principi e l'organizzazione definiti nel Piano regionale dell'emergenza urgenza di cui alla DGR n. 2039/2015.</li> <li>- integrazione ospedale e assistenza primaria anche attraverso l'implementazione di un'Agenda della Gravidanza</li> <li>- predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non</li> <li>- azioni per la promozione di un ricorso al taglio cesareo, al parto operativo e al parto indotto appropriato a livello regionale</li> <li>- adozione di percorsi che commisurino i livelli di cura al grado di rischio della gravidanza. Questo si concretizza nella definizione di percorsi assistenziali omogenei a livello regionale che garantiscano continuità assistenziale, indipendentemente dal punto di accesso alla rete, e accompagnamento verso la scelta del Punto nascita più adeguato al profilo di rischio (alto o basso rischio). Va promosso nel contempo il recupero della</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <p>I referenti aziendali partecipano alle riunioni del Comitato e collaborano attivamente alle attività allo stesso attribuite dal Decreto suddetto.</p> <p>L'Azienda mette in atto le azioni idonee all'attuazione degli obiettivi previsti delle linee di azione.</p>

<p>naturalità dell'evento nascita attraverso percorsi che privilegino il ruolo dell'ostetrica nella gravidanza fisiologica e la gestione presso i servizi dell'assistenza primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita</li> <li>- implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso &gt; 2500 grammi</li> <li>- temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani aziendali di formazione.</li> </ul>	
---	--

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Diabete

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica che dovrà essere applicato nel corso del 2016.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Applicato il percorso regionale</p>
--	--

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Autismo

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nel corso del 2015 sono iniziati i lavori tecnici per la definizione di un percorso assistenziale per il cittadino affetto da disturbi dello spettro autistico che tiene conto delle indicazioni della recente Legge 18 agosto 2015, n. 134 recante "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie".</p> <p>I lavori proseguiranno per tappe successive nel 2016 focalizzando l'attenzione sulla diagnosi precoce, sul minore attraverso le differenti fasi di sviluppo, sull'adolescente con il passaggio delle cure dai Servizi preposti all'infanzia a quelli dell'adulto e sull'individuo in età adulta.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L' Azienda contribuirà con i propri rappresentanti esperti nella materia alla definizione della rete di assistenza.</p>
--	--

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Consultori familiari**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nel corso del 2015 è stata avviata una ricognizione sull'assetto organizzativo e sulla dotazione di personale in funzione delle attività e dei servizi erogati dai Consultori familiari, strutture operanti nell'ambito dell'area materno-infantile.</p> <p>Nel corso del 2016 verrà completata la ricognizione e predisposto un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità di offerta a livello regionale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborato con la DCS</p>
--	---

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale.**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Partecipato ad almeno un'iniziativa/proposta progettuale a valere su Programmi europei o di cooperazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su tematica afferente al Piano Strategico regionale ed alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.</p>
---	--

**3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI**

<b>3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti.</b>	
Obiettivo aziendale Cuore	Risultato atteso - <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera cuore e avvio delle attività con individuazione di almeno un percorso assistenziale a valenza regionale relativo a pazienti trapiantati</b> - Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 210
Obiettivo aziendale Rene	Risultato atteso - <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b> - Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). - Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di immissione in lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati eligibili a trapianto entro 6 mesi dall'inizio della dialisi), <b>contributo all'aumento di trapianto da vivente (almeno 8 casi in regione)</b>
Obiettivo aziendale Fegato	Risultato atteso - <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b>
Obiettivo aziendale Pancreas	Risultato atteso - <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera pancreas</b> - Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti
Obiettivo aziendale Polmone	Risultato atteso - <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera polmone</b> - Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 70 per 100.000

	residenti di 50-74 anni
--	-------------------------

<b>3.4.2 Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo aziendale Ictus	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Attivazione trombolisi presso la Neurologia di Gorizia con trasferimento dei pazienti presso la stroke unit di secondo livello di Trieste e attivazione della riabilitazione intensiva presso la sede di Gorizia</b></li> <li>- <b>Attivazione del teleconsulto neurologico con la Neurologia di Udine e attivazione della trombolisi in Area di emergenza di Latisana con trasferimento dei pazienti presso la stroke unit di secondo livello di Udine</b></li> <li>- Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia)</li> </ul>
Obiettivo aziendale Emergenze cardiologiche	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle emergenze cardiologiche con individuazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito</b></li> </ul>
Obiettivo aziendale Trauma	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti</b></li> <li>- Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno l'80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</li> </ul>
Obiettivo aziendale Pronto soccorso ed emergenza urgenza	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke)</li> <li>- Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori</li> </ul>

	superiori all'85% (spoke)
--	---------------------------

<b>3.4.3 Reti di patologia</b>	
Obiettivi aziendali Malattie rare	Risultato atteso -Partecipato con propri professionisti all'elaborazione e organizzazione delle reti, ove richiesto. - Adozione delle modalità operative-gestionali dei percorsi assistenziali individuati. - Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001
Obiettivi aziendali Malattie reumatiche	Risultato atteso <b>- Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico</b>
Obiettivi aziendali Cure palliative e terapia del dolore 1. Formalizzazione ed avvio della rete delle <i>cure palliative e terapia del dolore</i> . 2. Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione sia per le strutture sanitarie pubbliche, che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare. 3. Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio. 4. Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale. 5. Favorire la permanenza e la gestione del fine vita a domicilio con incremento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni, rispetto al 2015.	Risultato atteso 1. Partecipato con propri professionisti all'elaborazione e organizzazione delle reti, ove richiesto. 2. Utilizzati gli strumenti di valutazione del dolore e le modalità operative di documentazione come da indicazioni. 3. Effettuata autovalutazione delle reti assistenziali e Hospice ai fini della riorganizzazione a seguito della formalizzazione regionale della rete 4. Revisionata la documentazione in uso e garantito l'invio mensile dei dati come da indicazioni 5. In attesa del valore di riferimento 2015.

<b>3.4.4 Materno – infantile</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Appropriatezza clinica ed organizzativa per assicurare migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica</li> <li>2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati</li> <li>3. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%</li> </ol>

<b>3.4.5 Sangue ed emocomponenti</b>	
<p>Obiettivi aziendali</p> <p>Il sistema trasfusionale regionale continua a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione ed a contribuire alla compensazione nazionale attraverso i seguenti obiettivi:</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.</p> <p>Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriata (superiore al 10%).</p>
	<p>Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera con l'obiettivo di limitare l'accesso dei pazienti in RSA o in Residenza per anziani agli ambulatori dei servizi trasfusionali per la sola terapia trasfusionale; l'obiettivo è che almeno l'80% di tali pazienti è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale (monitoraggio effettuato dalle strutture trasfusionali regionali).</p>
<p>Nel corso del 2016 si procederà al rinnovo biennale dell'accreditamento del CUVB e delle strutture trasfusionali, secondo le previsioni della DGR 2528/2011</p>	<p>Rinnovo accreditamento CUVB e strutture trasfusionali, per quanto di competenza.</p>

<b>3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Garanzia dei livelli di assistenza previsti</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e</li> </ol>

	<p>del 50% per i</p> <p>2. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni portandola al di sotto del 4%</p> <p>3. Riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9</p> <p>4. Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale, al di sotto del 5%.</p>
--	---

### 3.4.7. Tempi d'attesa

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Applicazione delle regole per la gestione dei tempi d'attesa previste dalla DGR 2034/2015.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Sono applicate le regole della DGR 2034/2015 sull'accesso alle prestazioni in priorità B e D.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rispetto dei tempi d'attesa secondo le regole definite dalla DGR 2034/2015 per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Vengono rispettati i tempi d'attesa previsti per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale (Allegato A, DGR 2393/2015):</p> <p>Specialistica ambulatoriale:</p> <p>per i residenti AAS2</p> <p>priorità B <math>&gt;95\%</math>,</p> <p>priorità D <math>&gt;90\%</math>.</p> <p>Ricoveri per interventi programmati:</p> <p>priorità A <math>\geq 95\%</math>,</p> <p>priorità B, C, D <math>\geq 90\%</math>.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Monitoraggi dei tempi d'attesa.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L'AAS2 rispetta i tempi per la trasmissione del monitoraggio ex post regionale e dei monitoraggi ministeriali (ex post e ex ante).</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Adeguamento delle agende per la prenotazione on line.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le agende di prenotazione di tutte le prestazioni vengono adeguate per consentire la prenotazione on-line entro il 30 giugno 2016 per le priorità P ed entro il 31 dicembre 2016 per la priorità D, secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Interventi per il contenimento delle liste d'attesa.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L'AAS2 interviene sulle criticità rilevate attraverso l'adozione del regolamento di libera professione per</p>

	il rispetto del rapporto tra l'attività LP ed istituzionale, l'utilizzo delle risorse contrattuali di risultato, delle RAR, della L.R. n. 7/2009.
--	---

<b>3.4.8 Rischio clinico</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Le attività per l'anno saranno focalizzate sulla messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi e sulla misurazione e verifica (anche attraverso visite) della loro adozione.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Oltre alle linee già in essere, particolare attenzione sarà posta:</p> <p>1. alla compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, con particolare attenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (protocollo aggiornato)</li> <li><b>- errori in terapia con i farmaci antineoplastici</b></li> </ul>
	<p>2. alla sicurezza del farmaco attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG.</li> <li><b>- Il mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci attraverso indicatori e strumenti già in essere con un ulteriore focus sulle persone con 80 o più</b></li> <li><b>- la riduzione dei rischi da interazione più frequenti così come emerso dalle sorveglianze regionali effettuate;</b></li> <li><b>- la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali</b></li> </ul>
	<p>3. all'adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite, incluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche.</li> <li><b>- la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali</b></li> <li><b>- diffusione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici</b></li> </ul>
	<p>4. all'avvio di azioni di miglioramento a livello aziendale sulla base delle criticità dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015;</p>
	<p>5. alla prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da</p>

	pressione”;
	6. all'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante: - la messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione" <b>- la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini</b>

### 3.4.9 Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure

<p>Obiettivi aziendali</p> <p>Per assicurare una adeguata qualità assistenziale si dovrà procedere alla concentrazione della casistica, in particolare chirurgica e interventistica invasiva, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DM n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016.</p> <p>Nella riorganizzazione della rete ospedaliera l'AAS opererà secondo i criteri delle succitate norme, nonché tenendo conto dei principi di cui all'art.6 della legge regionale n. 17/2013 e dell'art. 25 della legge regionale n. 17/2014.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>In particolare si opererà nei settori della <i>chirurgia oncologica</i> e della <i>chirurgia pediatrica</i>, anche secondo le indicazioni di benchmarking fornite dalla DCS.</p>
<p>Obiettivi aziendali</p> <p>Al fine di fronteggiare e contrastare l'inappropriatezza e la sovra-diagnosi, nel corso del 2016 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di <i>choosing wisely</i>.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>In particolare ci si riferisce ai seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa</li> <li>- diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio</li> <li>- antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori</li> <li>- densitometria ossea</li> <li>- esami preoperatori in pazienti a basso rischio</li> <li>- antipsicotici in pazienti anziani</li> <li>- posizionamento del catetere urinario</li> <li>- induzione del parto</li> <li>- altri individuati dai professionisti</li> </ul>

**3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA**

<b>3.5 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>L'AAS 2 per l'anno 2016 perseguirà i seguenti obiettivi:</p> <p>1. Forte potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ ambulatoriale/ ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore).</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Fornitura di report di feedback sull'andamento dei consumi farmaceutici ai medici territoriali, specialisti e ospedalieri.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>2. Individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ ambulatoriale/ ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Definizione di specifici indicatori per le categorie terapeutiche a più alto impatto economico.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>3. Le prescrizioni di bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Almeno l'80% delle prescrizioni per i nuovi pazienti, qualora la categoria terapeutica abbia in commercio dei biosimilari, sono rappresentate dai prodotti aggiudicatari di gara regionale.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>4. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) devono tendere ai valori target indicati.</p> <p>L' Azienda valuterà inoltre l'appropriatezza</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Tendere ai valori target dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS).</p> <p>Valutare l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.</p>

<p>d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriately favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>5. Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata sono favoriti, anche nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa, i medicinali che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR.</p> <p>Definizione di idonei percorsi prescrittivi con le Aziende eroganti, che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso sui farmaci prescritti a propri residenti.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>In una categoria ad alto costo e ad alto impatto di salute, è sperimentalmente introdotto il concetto del "costo per QALY". Le prescrizioni con un "costo per QALY" superiore ad una soglia individuata dall'Azienda, richiedono una dichiarazione di presa visione da parte del prescrittore.</p> <p>Definiti idonei percorsi per verificare l'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di erogazione ai pazienti residenti per i medicinali oggetto di mobilità intraregionale</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>6. Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare sarà garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria assicurando la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia. L'implementazione di tale attività dovrà essere assicurata in almeno il 20% delle residenze protette.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Tutte le strutture di residenzialità, semi-residenzialità e assistenza domiciliare afferenti all'Azienda sono regolarmente approvvigionate in via diretta.</p> <p>Nel 20% delle strutture, sono implementate le indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>7. Continua ad essere assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrittivi dei dispositivi per diabetici. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, l'AAS favorirà la distribuzione</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Fornitura di report e feedback ai prescrittori rispetto ai consumi dei dispositivi per diabetici, con riferimento ai limiti massimi prescrittivi.</p> <p>Evidenza di azioni per introdurre modalità di erogazione vantaggiose per il SSR (diretta, accordi con farmacie, ecc)</p> <p>Rispetto all'assistenza protesica, è definita una procedura aziendale unica per l'approvvigionamento.</p> <p>L'azienda svolge inoltre una revisione rispetto all'utilizzo delle strisce per la determinazione</p>

diretta come pure prevederà, relativamente agli ausili per diabetici, azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva.	dell'INR.
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>8. L' Azienda adotta idonee iniziative, al fine di monitorare periodicamente eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza e segnalare contestualmente tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia secondo le modalità concordate.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Segnalate eventuali carenze di farmaci alla DCS</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>9. Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM sarà garantita per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale. Inoltre, a partire dal II quadrimestre 2016, sarà garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>PSM copre l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale.</p> <p>A partire dal secondo quadrimestre 2016, la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici copre almeno il 50% dei pazienti, nelle aree in cui il sistema è disponibile.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>10. Sono promosse le iniziative di farmacovigilanza anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza per ogni struttura/reparto verrà individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L'azienda garantisce la formazione dei propri operatori nel campo della farmacovigilanza. È prontamente disponibile a collaborare con la Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia sul tema.</p> <p>Individuato un referente di farmacovigilanza per ciascuna struttura di assistenza.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>11. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Quando previsto, i farmaci sono erogati dalle farmacie aziendali solo a fronte di apposita</p>

<p>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. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Va inoltre assicurato, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>documentazione attestante la compilazione dei registri.</p> <p>La fornitura dei medicinali soggetti a registro AIFA avviene nel rispetto della normativa vigente e solo a fronte della presentazione di documentazione attestante la compilazione di detti registri. Si darà continuità all'inserimento di tutti i dati richiesti dal registro AIFA, al fine di consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk-sharing.</p> <p>Assicurato, favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo e il rispetto delle note limitative AIFA.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>12. La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Grado di completezza della cartella oncologia informatizzata pari ad almeno 95% dei pazienti</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>13. L'Azienda sanitaria assicura: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. Sarà in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Implementati e controllati i flussi informativi entro il 10 di ogni mese, integrale copertura della fase 3 su fase 2, verifica dei dati trasmessi con gli indicatori di qualità del dato disponibili</p> <p>In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>14. L'Azienda al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta implementa, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le informazioni utili alla mobilità farmaceutica sono correttamente inserite nei sistemi informativi.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>15. Avviamento di un'unità di allestimento farmaci antitumorali (UFA)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Nel corso del 2016 l'AAS avvia un'unità di allestimento farmaci antitumorali a Palmanova</p>

**3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI**

<b>3.6.1 Anziani</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Fondo per l'autonomia possibile – salute mentale</p> <p>Il nuovo testo regolamentare DPRReg 8.1.2015 n. 7 prescrive che i progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale debbano essere sostenuti da un finanziamento congiunto, formato per il 50% con risorse provenienti dal FAP (di competenza del Servizio sociale dei Comuni) e per il restante 50% da risorse messe a disposizione dalla AAS territorialmente competente, che devono essere aggiuntive e non sostitutive di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Applicate le prescrizioni regolamentari.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Processo di riclassificazione delle residenze per anziani</p> <p>L'Azienda collabora all'attuazione del processo medesimo secondo quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 attraverso:</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015);</li> <li>- la valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2);</li> <li>- il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015).</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L'AAS partecipa all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L'AAS prosegue nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizza almeno tre nuove visite di audit approfondite. L'Azienda provvede inoltre a</p>

	redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti.
Obiettivo aziendale Sistemi informativi	Risultato atteso L'AAS 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.
Obiettivo aziendale Sistema di VMD Val.Graf.- FVG L'AAS provvede a valutare, 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. La valutazione deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.	Risultato atteso L'accoglimento nei servizi residenziali e semiresidenziali è preceduto da UVM con utilizzo di Val. Graf.
Obiettivo aziendale Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, l' AAS esercita la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.	Risultato atteso Per l'anno 2016 l'azienda effettuerà l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

**3.6.2 Minori**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

<p>Affido</p> <p>Applicazione di quanto previsto dalle linee guida per l'affido approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015 .</p>	<p>- sono in carico all'AAS di riferimento tutti gli interventi sanitari e sociosanitari, con particolare riguardo alla valutazione diagnostica e prognostica del minore e dei genitori, nonché il sostegno psicologico e l'eventuale trattamento psicoterapeutico o altri trattamenti sanitari del minore e/o della sua famiglia di origine</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Come specificato nella legge L.R. 17/2014 l'integrazione sociosanitaria nel settore materno infantile viene garantita a livello di distretto, tramite erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione. L'assistenza materno-infantile è assicurata, in primis, dal Consultorio familiare, relativamente all'assistenza ostetrico-ginecologica, all'assistenza pediatrica, all'assistenza psicosociale ed educativa, alla tutela e al sostegno psicologico e sociale alle famiglie e alle persone nelle diverse fasi del ciclo della vita, agli interventi sociosanitari integrati.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione da parte del Consultorio familiare.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Il servizio sanitario nel progetto di affido garantisce la presa in carico del minore affidato e si assume la responsabilità di sostegno al minore e al nucleo familiare, attivando tutti gli interventi atti a favorirne il rientro nella famiglia di origine.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione da parte del Consultorio familiare.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Al fine di promuovere e attuare l'istituto per l'affido familiare, i SSC e l' AAS stipulano appositi protocolli operativi per la costituzione di gruppi di lavoro multi-professionali, funzionali per l'affido familiare. Tale gruppo può essere costituito anche su base sovra-distrettuale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Consolidati ed applicati i protocolli in essere</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Adozioni</p> <p>Nel 2016 il tavolo di lavoro per la revisione sul protocollo delle adozioni internazionali proseguirà con l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali che forniranno indicazioni</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Aderito alle indicazioni regionali</p>

operative relativamente a: informazione e formazione, iter adottivo, presentazione della domanda di adozione al tribunale, valutazione e studio di coppia, decreto di idoneità 41 all'adozione internazionale, conferimento dell'incarico all'Ente autorizzato per l'adozione internazionale, tempo di attesa nella nazionale e nell'internazionale; abbinamento e adozione; post adozione	
Obiettivo aziendale Minoranze linguistiche	Risultato atteso Nel corso del 2016 verrà rinforzato il servizio psicopedagogico per la minoranza slovena.

### 3.6.3 Piani di zona

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nell'anno 2015 si è formalmente concluso il triennio di validità del Piano di Zona di cui all'art. 24 della Legge Regionale 6/2006 "sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale". Tuttavia gli obiettivi e le azioni intraprese nelle aree d'integrazione socio sanitaria, formalizzati anche in specifici protocolli da parte dell' Azienda per l'Assistenza Sanitaria e dei Servizi Sociali dei Comuni, rimangono attuali e da implementare nel corso del 2016 considerando, altresì, che la Regione procederà, in attuazione dell'art. 25 della Legge Regionale 17/2014, alla revisione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione da assicurare da parte delle Aziende e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Si prevede per il 2016 una continuità della pianificazione locale e il rinnovo dell' "Atto di intesa" da parte dell' Azienda congiuntamente ai Servizi Sociali dei Comuni.</p>
--	---

**3.7 SISTEMA INFORMATIVO**

<b>3.7.1 Sistema informativo</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nel corso del 2016 si procederà ad un'ulteriore stadio evolutivo dei servizi on line al servizio dei cittadini</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estensione del servizio referti on line per le prestazioni già sottoscritte digitalmente</li> <li>- Pagamento on line delle prestazioni</li> <li>- Prenotazione on line delle prestazioni ambulatoriali almeno per le principali visite di branca</li> <li>- Consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile.</li> <li>- Tempi di accesso ai servizi di Pronto soccorso per codice triage, estendendo la procedura del Sistema Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) già adottata dalla maggior parte dei servizi della regione, anche per le rimanenti sedi di Pronto soccorso</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicurezza fisica e logica/funzionale</li> <li>- Privacy</li> <li>- Ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale</li> <li>- Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Nel 2016 è obbligatorio l'utilizzo della <i>firma digitale</i> per i seguenti documenti, per i quali viene fissata la percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti:</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico &gt; 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera</li> <li>- Laboratorio e microbiologia &gt; 98%</li> <li>- Medicina trasfusionale &gt; 98 %</li> <li>- Anatomia patologica &gt; 98 %</li> <li>- Radiologia &gt; 98%</li> <li>- ECG &gt; 80%.</li> </ul>

**3.7.2 PACS**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Il coordinamento del sistema PACS regionale rimane nell'ambito della DCS che si avvale, per la gestione operativa del sistema, dell'EGAS.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Per il 2016 le linee di sviluppo aziendale sono le seguenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico</b></li> <li>- <b>Prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva</b></li> <li>- <b>Avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale</b></li> <li>- <b>Completamento dei casi d'uso dell'emergenza e della visibilità interaziendali</b></li> </ul>
---	---

## Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"

(Decreto del DG n. 720 dd. 31/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazione al 31/12/2015)

Rilievo Aziendale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA	Aree verdi
	Ospedale di Monfalcone - Ambulatorio chirurgico	78,0			
	Strutture territoriali - Distretto Ovest - Adeguamento V piano del padiglione degenze per RSA	700,0			
	Interventi per la riorganizzazione dei Centri di Assistenza sanitaria Primaria	135,0		956,5	
	Sistemazione giardino GCA	24,0			
	Interventi urgenti di sistemazione nucleo GCA	19,5			
	Realizzazione parcheggi ex OPP	20,0			20,0
	Manutenzione della recinzione dell'ex OPP di Gorizia	19,8			19,8
	Manutenzione straordinaria alberature ex OPP di Gorizia	20,0			20,0
	Gorizia - Sede centrale DSM manutenzione straordinaria della sede DSM	1.438,0	1.438,0		
<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>2.454,3</b>	<b>1.438,0</b>	<b>956,5</b>	<b>59,8</b>	
BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA		
Biomediche - Strutture ospedaliere (Gorizia 119,0-Monfalcone 225,2-Palmanova 42,2-Latisana 418,7)	805,1				
Informatiche - Strutture ospedaliere (Gorizia 49,9-Monfalcone 49,9-Palmanova 49,9-Latisana 49,9)	199,6				
Altro - Strutture ospedaliere (Gorizia 125,0-Monfalcone 7,5-Palmanova 120,0-Latisana 151,8)	404,3		1.690,5		
Biomediche - Territorio	20,0				
Informatiche - Territorio	15,0				
Altro - Territorio	246,5				
<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>1.690,5</b>	<b>-</b>	<b>1.690,5</b>		
<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>4.144,8</b>	<b>1.438,0</b>	<b>2.647,0</b>		

Rilievo Regionale	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali
	Biomediche	550,0		550,0	
	Informatiche				
	Altro				
<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo regionale</b>	<b>550,0</b>	<b>-</b>	<b>550,0</b>	<b>-</b>	
<b>B) Totale rilievo regionale</b>	<b>550,0</b>	<b>-</b>	<b>550,0</b>	<b>-</b>	
<b>Interventi edili e impiantistici</b>	<b>1.016,3</b>				
<b>Beni mobili e tecnologie</b>	<b>2.240,5</b>				

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo complessivo
X	Risonanza magnetica da 1,5 T (quota integrativa)	Radiologia	1	550,0
	Apparecchiature per ventilazione polmonare e anestesia	Anestesia e rianimazione Gorizia e Palmanova	2	85,0
	Rinnovo automezzi 118	Centrale 118 Gorizia e Latisana	3	225,0
	Acquisto di BM, TE e INF per la riorganizzazione dei Centri di Assistenza	Azienda	1	92,0
	Allestimento CSM A.I.	Azienda	1	150,0
	Interventi edili impiantistici per la riorganizzazione dei Centri di Assistenza	Azienda	1	135,0
X	Sistema telecomandato radiologia diretta	Radiologia Latisana	1	350,0
	Ausili per disabili	Azienda	1	140,0

### Copertura finanziaria del piano degli investimenti

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali</b>	-
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>2.647,0</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	<b>550,0</b>
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	<b>59,8</b>
<b>Risorse proprie</b>	<b>1.438,0</b>
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	
Utili di esercizi precedenti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	<b>1.438,0</b>
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	
Altro	

**Totale:** **4.694,8**

**Disponibilità complessiva:** **4.694,8**

## Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli"

### 3. LE PROGETTUALITA'

#### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
<p>Obiettivo aziendale: Entro il 30 giugno 2016 l'Azienda dà completa attuazione a quanto previsto dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione posti letto per acuti, entro il 30.06.2016 nel rispetto del tetto massimo previsto.</p>
	<p>Risultato atteso: evidenza della presenza di un medico reumatologo nei reparti di medicina interna</p>
	<p>Risultato atteso: evidenza nel sistema di codifica degli ambulatori dell'ambulatorio di reumatologia</p>
	<p>Risultato atteso: evidenza della presenza di un <b>medico infettivologo</b> presso l'ospedale ovvero attivazione di una convenzione con l'ospedale hub.</p>
	<p>Risultato atteso: evidenza del completamento dell'assetto organizzativo delle Aree A, B e C dell'Assistenza Veterinaria entro il 30.09.2016</p>
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione delle DGR 929/2015: dismissione delle funzioni non previste entro giugno per le apicalità non coperte</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della dismissione delle funzioni non previste dalla DGR 929/2015 entro il 30.06.2016, qualora l'apicalità non risulti coperta all'01.01.2016, o alla cessazione delle apicalità che si verificherà nel corso del 2016</p>

**3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi**

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

**3.1.4 Piano emergenza urgenza**

Obiettivo aziendale: Implementazione delle ambulanze e automediche secondo quanto previsto dalla DGR 2039/2015	Risultato atteso: Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro 31.10.2016
Obiettivo aziendale: Realizzazione dell'organizzazione dei punti di primo intervento entro il 31 marzo con dismissione delle strutture non più previste dal Piano	Risultato atteso: Evidenza dell'attivazione del Punto di Primo Intervento di Gemona con conseguente disattivazione della funzione di Pronto Soccorso, inclusa ADE, entro il 31.03.2016
Obiettivo aziendale: Avvio dei lavori di adeguamento al volo notturno delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke	Risultato atteso: Vedi piano triennale preliminare degli investimenti
Obiettivo aziendale: <b>Piano dell'Emergenza Urgenza</b>	Risultato atteso: <b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</b>

**3.1.6 Piano sangue**

Obiettivo aziendale: <b>Piano sangue</b>	Risultato atteso: <b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue</b>
---	---

**3.1.6 Piano oncologico**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano oncologico**

**3.1.7 Piano della riabilitazione**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della riabilitazione**

**3.1.8 Piano della salute mentale**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale**

<b>3.1.9 Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia</b>	
Obiettivo aziendale: Applicazione delle indicazioni regionali in materia di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia	Risultato atteso: completamento del trasferimento della funzione di laboratorio al centro hub secondo cronoprogramma concordato con il coordinatore del progetto.

**3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.2 Promozione della salute e prevenzione</b>	
Obiettivo aziendale: L'AAS3 individua un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione.	Risultato atteso: Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti.

<b>3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale: Continuare il progetto cardio 50 con arruolamento del 50% della popolazione eleggibile entro il 2016.	Risultato atteso Arruolamento entro il 2016 del 50% della popolazione eleggibile dei Distretti di Codroipo e San Daniele.
Obiettivo aziendale: giungere entro il 2016 alla formale adozione, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.	Risultato atteso Adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare
Obiettivo aziendale: Le aziende realizzano almeno un corso residenziale ciascuna su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve . Entro il 2016 è formato almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.	Risultato atteso -Realizzazione di 1 corso residenziale -formazione di almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria attraverso i corsi FAD organizzati per tutte le aziende da AAS1 <b>- Invio report a DRS con numero operatori formati</b>
Obiettivo aziendale: partecipare al gruppo di lavoro di lavoro inter-professionale coordinato dall'AAS4 per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi.	Risultato atteso 2015: Evidenza della partecipazione

<b>3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale: Mantenimento o miglioramento delle performance in termini di adesione della popolazione target (adesione screening della cervice >=65% adesione screening mammella >=65% adesione screening colon retto>=70%)	Risultato atteso: adesione screening della cervice >=65% adesione screening mammella >=65% adesione screening colon retto>=70%
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

<p>Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".</p>	<p>Evidenza del Piano di riorganizzazione dell'attività senologica</p>
<p>Obiettivo aziendale: Garantire la partecipazione ad un gruppo di lavoro regionale finalizzato all'elaborazione di un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza</p>	<p>Risultato atteso: <b>Proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DCS per l'adozione formale</b></p>
<p>Obiettivo aziendale: realizzazione laboratorio unico FOBT screening carcinoma del colon retto a San Daniele</p>	<p>Risultato atteso: - Laboratorio unico FOBT screening a San Daniele <b>- Protocollo di gestione consegna dei campioni per le farmacie in collaborazione con DCS</b></p>
<p>Obiettivo aziendale: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>Risultato atteso: lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>
<p>Obiettivo aziendale: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<p>Risultato atteso: % di esami negativi di primo livello refertati entro 15 giorni dall'esecuzione &gt;90% % di early recall per unità senologica (casi con esito di 2° livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) &lt; 10%</p>
<p>Obiettivo aziendale: Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopia per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Risultato atteso: Percentuale di compilazione dei campi fondamentali &gt;=95%</p>
<p>Obiettivo aziendale: realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione Dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici</p>	<p>Risultato atteso: -Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 -Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</p>

Obiettivo aziendale: mantenere aggiornate le anagrafe sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Risultato atteso: Anagrafe sanitaria aggiornata
Obiettivo aziendale: unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	Risultato atteso: l'Azienda utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening

### 3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale <b>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.</b>	Risultato atteso: <b>- Garantire la partecipazione ai lavori</b> <b>- Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita</b>
<b>Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</b>	<b>Report di monitoraggio del programma regionale</b>

### 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere nei giovani (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale: Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	Risultato atteso: Evidenza del report di attività alla DCS.
Obiettivo aziendale: Realizzare le attività previste dal III programma relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico.	Risultato atteso: - Continuare con l'attività di diffusione della cultura della sicurezza, intrapresa negli anni precedenti in collaborazione con altre AAS provinciali, VV.FF, Inail, ordine geometri, presso le scuole statali di ogni ordine e grado della provincia di Udine. <b>- Evidenza dei programmi e delle iniziative realizzate</b>
Obiettivo aziendale: L'Azienda si dota di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali	Risultato atteso: Evidenza della Flow-chart adottata formalmente

e di disagio	
Obiettivo aziendale: Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Risultato atteso: Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)

### 3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo aziendale: Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.	Risultato atteso: Evidenza della realizzazione di un corso di formazione
--	---

### 3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale: Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma	Risultato atteso: Report di monitoraggio
Obiettivo aziendale: Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali.	Risultato atteso: Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Obiettivo aziendale: Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Risultato atteso: Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda

### 3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale: Tutte le AAS: realizzare una mappatura degli stake-holders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali	Risultato atteso: Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS
---	---

### 3.2.8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale: Realizzare le attività previste dal	Risultato atteso: Report congiunto con l'Azienda Capofila (AAS1) di
---	--

programma VII PRP	monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Obiettivo aziendale: Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	Risultato atteso: Evidenza della realizzazione di un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
Obiettivo aziendale: Eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.	Risultato atteso: La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in tutti i Pronto Soccorso

### 3.2.9 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)

Obiettivo aziendale: SPSAL: partecipare alla elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Risultato atteso: <b>Report congiunto di attività alla DCS</b>
Obiettivo aziendale: Partecipare ai lavori, coordinati dall'AAS4, di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli.	Risultato atteso: Proposta di linee guida regionali
Obiettivo aziendale: SIAN/VET: partecipare alla formazione regionale degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Risultato atteso: VETERINARIA: - N° di nuovi auditor formati $\geq 2$ (36 target regionale complessivo) - N° di audit realizzati $\geq 3$ audit per auditor ufficiali presenti nell'elenco deliberato. SIAN: - N° di nuovi auditor formati $\geq 4$ (36 target regionale complessivo) - N° di audit realizzati $\geq 3$ audit
Obiettivo aziendale: Partecipare ai corsi di formazione riguardanti il potenziamento delle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione realizzati dall'Azienda capofila (AAS5)	Risultato atteso: evidenza della partecipazione
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

PSAL: <b>realizzare</b> un programma regionale di formazione sull'audit prioritariamente mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile	- Almeno n. 3 operatori PSAL formati sull'audit, - Realizzazione di una scheda di audit. - <b>Audit realizzato</b>
Obiettivo aziendale: PSAL: Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Risultato atteso: Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

### 3.2.10 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)

Obiettivo aziendale: Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	Risultato atteso: 5% delle aziende vigilate. - Agricoltura 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti/aziende agricole selezionati secondo i criteri individuati dal gruppo regionale agricoltura - Edilizia: vigilanza nei cantieri con mantenimento della proporzione al numero dei cantieri controllati rispetto al n. delle notifiche preliminari pervenute nel 2015 (Report di attività alla DCS)
Obiettivo aziendale: Realizzare almeno un incontro informativo/formativo per ciascun comparto Regionale rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Risultato atteso: Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di soggetti formati suddivisi per categoria

### 3.2.11 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)

Obiettivo aziendale: Realizzare in modo coordinato con le altre AAS, 2 corsi di formazione e due interventi di sensibilizzazione a livello regionale finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Risultato atteso: evidenza della partecipazione alla realizzazione di due corsi di formazione <b>accreditati</b> e di due interventi di sensibilizzazione a livello regionale
Obiettivo aziendale: Realizzare o completare la vigilanza sulla valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale	Risultato atteso: Report di attività alla DCS
Obiettivo aziendale	Risultato atteso:

Redigere, adottare formalmente e avviare un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici. . ." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Adozione del regolamento regionale sul fumo</li> <li>- Istituzione del registro aziendale degli accertatori</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>
Obiettivo aziendale Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Risultato atteso: Corso effettuato

### 3.2.12 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)

Obiettivo aziendale: Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	Risultato atteso: invio degli indicatori al DCS
Obiettivo aziendale: Alimentare le banche dati INFORMO e MALPROF e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Risultato atteso: <b>Report di attività inviato alla DCS</b>
Obiettivo aziendale: Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Risultato atteso: <b>Dati inviati alla DCS</b>
Obiettivo aziendale: Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Risultato atteso: <b>Il 25% delle verifiche effettuate inserito a data base</b>
Obiettivo aziendale: 1. Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati ai sensi dell'art. 9 e 10 del Reg.(CE) n. 183/2005 nel sistema SINVSA. 2. Banca dati SISAVER allineata anche alle codifiche ATECO previste dalla Masterlist regolamento CE 852/2004	Risultato atteso: 1. 100% delle anagrafiche inserite riguardante Reg.(CE) n. 183/2005 nel sistema SINVSA. 2. Non raggiungibile se la pianta organica degli amministrativi della veterinaria non viene completata entro 2016.

### 3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)

Obiettivo aziendale: Dar seguito alle attività del "Gruppo tecnico interistituzionale per la tutela della salute	Risultato atteso: In coerenza con i risultati dell'indagine effettuata
---	---

<p>da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, con la definizione di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.</p>	<p>nel corso del 2015, redigere un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale.</p>
<p>Obiettivo aziendale: Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.</p>	<p>Risultato atteso: Partecipazione delle aziende al tavolo VIS</p>
<p>Obiettivo aziendale: condividere i contenuti formativi nell'ambito del tavolo VIS, relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici in relazione al rischio radon, e individuare, in modo coordinato, un'azienda referente, che, con la collaborazione di ARPA, realizzerà un evento formativo per progettisti e uno per operatori.</p>	<p>Risultato atteso: -Identificazione dell'Azienda referente in accordo con le altre AAS regionali. -Qualora l'AAS3 venga identificata qual Azienda referente: realizzazione di un evento formativo per progettisti e uno per operatori</p>
<p>Obiettivo aziendale: garantire almeno un 1 controllo in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate</p>	<p>Risultato atteso: n° controlli eseguiti &gt;=1</p>
<p>Obiettivo aziendale: sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH: i Dipartimenti di Prevenzione provvedono a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una ASS capofila per l'organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP</p>	<p>Risultato atteso: -Evidenza dell'individuazione degli end users -Evidenza dell'individuazione dell'Azienda Capofila -Qualora l'AAS3 venga identificata qual Azienda capofila: realizzazione dell'evento formativo</p>
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>

Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviare al COR	evidenza dell'invio dei dati al COR previa indicazione regionale sulle modalità di trasmissione e tipologia di dati da trasmettere
Obiettivo aziendale: Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM da parte PSAL al COR/ReNaM	Risultato atteso: Invio al COR/ReNaM delle schede relative a tutti i casi di mesotelioma indagati nel 2016.
Obiettivo aziendale: Trasmettere da parte PSAL i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica	Risultato atteso: Invio alla DCS e al CRUA dei dati sui soggetti attualmente esposti.
Obiettivo aziendale: Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare: condivisione della documentazione di riferimento e realizzazione di eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione	Risultato atteso: Report alla DCS con numero di operatori formati

### **3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)**

Obiettivo aziendale: realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere).	Risultato atteso: evidenza della realizzazione dei corsi
Obiettivo aziendale: definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale	Risultato atteso: Evidenza della flow-chart aziendale
Obiettivo aziendale: garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Risultato atteso: evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Obiettivo aziendale: partecipare ai gruppi di lavoro regionale finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione	Risultato atteso: miglioramento delle coperture vaccinali

Obiettivo aziendale: Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.	Risultato atteso: Report aziendale inviato alla DCS
Obiettivo aziendale: tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali	Risultato atteso: Evidenza del monitoraggio degli indicatori regionali
Obiettivo aziendale: effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici	Risultato atteso: <b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS (sia sul consumo degli antibiotici che sulle infezioni correlate all'assistenza) verrà effettuata nel 2017</b>
Obiettivo aziendale: collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Risultato atteso: <b>1. Evento realizzato</b> <b>2. Evidenza della partecipazione del personale non ancora formato all'edizione del 2016.</b>
Obiettivo aziendale: partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA) -	Risultato atteso: - Evidenza dell'adozione formale delle linee guida regionali qualora emanate. - Evidenza dell'aggiornamento della procedura aziendale di notifica delle malattie infettive e di organizzazione dell'indagine epidemiologica in corso di MTA
Obiettivo aziendale: partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Risultato atteso 2015: Partecipazione alla realizzazione del piano

### 3.2.15 Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)

Obiettivo aziendale: applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività alla DCS	Risultato atteso: Evidenza dell'invio del report settimanale a Direzione Centrale Salute
Obiettivo aziendale: realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici	Risultato atteso: Evidenza della realizzazione di un intervento formativo/informativo

(tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	
Obiettivo aziendale: garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Risultato atteso: % medici prescrittori formati >=25%
Obiettivo aziendale: diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Risultato atteso: Evidenza dell'invio del report in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

### **3.2.16 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)**

Obiettivo aziendale: Costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo.	Risultato atteso: - evidenza della costituzione del gruppo aziendale - evidenza dell'individuazione del referente aziendale - evidenza dell'adozione formale del piano
Obiettivo aziendale: Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF	Risultato atteso: Evidenza del report di autovalutazione
Obiettivo aziendale: Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Risultato atteso: - Evidenza dell'invio del censimento alla DCS - Evidenza dell'invio del monitoraggio delle attività alla DCS
Obiettivo aziendale: Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	Risultato atteso: Evidenza dell'inserimento dei dati
Obiettivo aziendale: Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in	Risultato atteso: <b>1. Realizzazione coordinamento</b> <b>2. Partecipazione del personale di controllo veterinario non ancora formato all'edizione del</b>

applicazione del regolamento CE 1169/2011	<b>2016.</b>
---	--------------

<b>3.2.17 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale: <b>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</b>	Risultato atteso: <b>Partecipare alla elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni</b>
Obiettivo aziendale: Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGE	Risultato atteso: - % dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità=100% - Evidenza dell'inserimento dei verbali in BDN.
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 2015	Risultato atteso: n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. >= 8 <b>VETERINARIA:</b> - interventi ispettivi per settore = 100 % degli interventi previsti dal PRISAN 2016 - n. audit per settore >= n. 30 - controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazione del rischio >= 60 % dei controlli ufficiali comunicati dalla Direzione Regionale <b>SIAN:</b> - n. interventi ispettivi per settore >= 9% delle imprese presenti nel territorio - n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazione del rischio >= 48
Obiettivo aziendale: Attuazione del sesto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Risultato atteso: Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Evidenza di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...

<p>Obiettivo aziendale: Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dei controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie</p>
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>Risultato atteso: n. allevamenti della coorte controllati <math>\geq</math> 46 (salvo chiusure allevamenti o defezioni dal piano nel corso del 2016)</p>
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015</p>	<p>Risultato atteso: n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale secondo la programmazione della Task Force regionale.</p>
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi-caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</p>	<p>Risultato atteso: Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.</p>
<p>Obiettivo aziendale: Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria</p>	<p>Risultato atteso: % dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia dell'Azienda sia convenzionate che non convenzionate= 100%</p>

**3.3 ASSISTENZA PRIMARIA****3.3.1 Lo sviluppo dell'assistenza primaria**

<p>Obiettivo aziendale: Rivedere il piano assistenza primaria secondo le indicazioni fornite dalla DCS con la finalità di portare a regime l'attivazione di tutte le AFT e di avviare almeno 2 CAP</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della revisione dei piani di assistenza primaria entro 60 gg dall'emanazione delle indicazioni della Direzione Centrale Salute;</li> <li>- Evidenza l'avvio della fase progettuale per la ristrutturazione di ambienti idonei ad ospitare 2 CAP;</li> <li>-Evidenza delle attività svolte a livello di AFT.</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: Realizzare incontri strutturati e continui con i cittadini secondo quanto previsto dall'art. 19 delle LR 17/2014</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza di almeno due incontri</p>

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Accreditamento**

<p>Obiettivo aziendale: Dare attuazione agli adempimenti previsti dalla DGR 2220/2015</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reclutamento nuovi valutatori</li> <li>- Addestramento e messa a disposizione dei valutatori formati per le procedure di autorizzazione/accreditamento regionale come da programma annuale approvato dall'organismo tecnicamente accreditante</li> <li>- Adesione alle attività di accreditamento degli ospedali regionali secondo il programma annuale approvato dall'organismo tecnicamente accreditante</li> </ul>
---	---

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Odontoiatria sociale.**

<p>Obiettivo aziendale: Sviluppare la prevenzione e l'igiene del cavo orale in determinate fasce della popolazione, a cominciare da quella disabile e/o anziana e/o vulnerabile</p>	<p>Risultato atteso: presenza della figura dell'igienista dentale</p>
<p>Obiettivo aziendale: Graduale attuazione del progetto di potenziamento dell'odontoiatria sociale redatto nel 2015</p>	<p>Risultato atteso: attuazione del progetto secondo i tempi stabiliti dalla Regione</p>

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Cure palliative**

<p>Obiettivo aziendale: Istituzione di un servizio di coordinamento della rete delle cure palliative, relativamente all'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale, anche a valenza sovra distrettuale, come stabilito dall'art 19 della legge regionale n 17/2014</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza della nomina del responsabile del programma transmurale "cure palliative"</li> <li>- definizione dei contenuti di dettaglio del programma ed avvio delle attività</li> </ul>
---	---

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Salute mentale**

<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica con aumento del numero di educatori professionali rispetto a medici ed infermieri</p>	<p>Risultato atteso: Acquisizione di n. 1 educatore professionale entro il 2016 in sostituzione di n. 1 OSS</p>
<p>Obiettivo aziendale: Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva in attuazione agli impegni previsti nei Piani Nazionali di salute mentale dell'età evolutiva, in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario</p>	<p>Risultato atteso: adesione alle progettualità promosse dalla regione o dal centro hub volte ad avviare la rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva</p>
<p>Obiettivo aziendale: Consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del comportamento alimentare, potenziando il primo ed il secondo livello, attuando gli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio.</p>	<p>Risultato atteso: Le attività saranno implementate in convenzione con l'AAS4</p>
<p>Obiettivo aziendale: Sviluppo di progetti per l'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali</p>	<p>Risultato atteso: Attivazione di un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano.</p>

nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria, con un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano.	
---	--

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale: Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	Risultato atteso: - Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. - Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio
Obiettivo aziendale: Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Risultato atteso: Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
Obiettivo aziendale: Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	Risultato atteso: Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Sanità penitenziaria</b>	
Obiettivo aziendale: Redazione di un protocollo operativo locale redatto in collaborazione con la Direzione dell'istituto penitenziario, coerente con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale	Risultato atteso: <b>Evidenza del Protocollo operativo locale entro il 30.6.2016</b>

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
<p>Nel corso del 2015 sono stati dimessi tutti i pazienti residenti in FVG e internati negli OPG di macro bacino e formulati i programmi terapeutico riabilitativi individuali, condivisi con l'autorità giudiziaria. E' stato avviato il Programma per la gestione transitoria della funzione di superamento degli OPG, di cui alla delibera di Giunta 622/2015, finalizzato all'accoglienza delle persone internate secondo il principio della territorialità. Nel corso del 2016, a seguito del prospettato passaggio di funzioni di superamento degli OPG, La Direzione Regionale avvierà la valutazione del su citato Piano per la gestione degli interventi transitori attuato nel 2015.</p> <p>Saranno promosse iniziative di formazione che riguardano la progettualità terapeutico individuale e la realizzazione di azioni finalizzate alla dimissione e il reinserimento sociale delle persone internate, anche con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria.</p>	

Le Aziende dovranno proseguire e, laddove possibile, attuare gli interventi finalizzati alla ristrutturazione delle 3 REMS definitive da inserire nella rete dei servizi sanitari regionali per la salute mentale, individuate dal programma di superamento degli OPG di cui alla delibera di Giunta 444/2015, fatti salvi riorientamenti a seguito di valutazioni delle attività.

La delibera non prevede una REMS nel territorio dell'AAS3.

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Riabilitazione.

Obiettivo aziendale: Individuazione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale e Revisione quali-quantitativa della propria dotazione di personale finalizzata all'acquisizione delle figure necessarie ad ottemperare agli standard previsti per la riabilitazione ospedaliera e territoriale	Risultato atteso: Evidenza di una proposta di definizione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale e di revisione quali quantitativa della propria dotazione di personale da inoltrare alla Direzione Centrale entro il 31.10.2016 e comunque successivamente all'approvazione del Piano Regionale della Riabilitazione.
---	---

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Percorso nascita

Obiettivo aziendale: Attivazione del programma transmurale "percorso nascita" previsto nell'Atto Aziendale dell'AAS3	Risultato atteso: - evidenza della nomina del responsabile del programma transmurale "percorso nascita" - definizione dei contenuti di dettaglio del programma ed avvio delle attività
Obiettivo aziendale: Rispetto da parte dei Punti Nascita delle misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012	Risultato atteso: Evidenza del rispetto delle misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012
Obiettivo aziendale: Integrazione ospedale territorio anche attraverso l'implementazione di un'Agenda della Gravidanza	Risultato atteso: Agenda della Gravidanza implementata
Obiettivo aziendale: Adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita	Risultato atteso: Evidenza della carta dei servizi aziendali per il percorso nascita
Obiettivo aziendale: Implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500 grammi	Risultato atteso: Evidenza dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500 grammi
Obiettivo aziendale: formalizzazione della procedura/protocollo	Risultato atteso: Evidenza della procedura/protocollo

per il trasporto assistito materno (STAM) e del trasporto di emergenza neonato (STEN), secondo i principi e l'organizzazione definiti nel Piano regionale dell'emergenza urgenza di cui alla DGR n.2039/2015.	
Obiettivo aziendale: <b>Percorso nascita</b>	Risultato atteso: - <b>Predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non</b> - <b>Temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani di formazione</b> - <b>Attivazione della guardia pediatrica h. 24 presso l'ospedale di Tolmezzo</b>

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Diabete</b>	
Obiettivo aziendale: Applicazione dei documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica	Risultato atteso: Evidenza dell'applicazione dei documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Autismo</b>	
Obiettivo aziendale: Partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la definizione della rete di assistenza dei cittadini affetti da disturbi dello spettro autistico	Risultato atteso: Attestazione della partecipazione

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Consultori familiari</b>	
Nel corso del 2015 è stata avviata una ricognizione sull'assetto organizzativo e sulla dotazione di personale in funzione delle attività e dei servizi erogati dai Consultori familiari, strutture operanti nell'ambito dell'area materno-infantile. Nel corso del 2016 verrà completata la ricognizione e predisposto un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità do offerta a livello regionale.	

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale.</b>	
Obiettivo aziendale: Partecipazione ad attività di collaborazione	Risultato atteso: Partecipazione ad almeno un'iniziativa/proposta

internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale	progettuale a valere su Programmi europei o di cooperazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su tematica afferente al Piano Strategico regionale ed alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.
---	--

**3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI**

<b>3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti.</b>	
<p>Obiettivo aziendale: <u>CUORE</u> tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco &lt;= 210 per 100000 ab di 50-74 anni</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera cuore e avvio delle attività con individuazione di almeno un percorso assistenziale a valenza regionale relativo a pazienti trapiantati</b></li> <li>- tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco &lt;= 210 per 100000 ab di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: <u>RENE:</u> -potenziamento dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati +dialisi peritoneale) -Potenziamento rete trapianti</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b></li> <li>- % pazienti in emodialisi sul totale (trapiantati+emodializzati+dialisi peritoneale) &lt;= 50%</li> <li>- Inserire almeno 1 paziente in lista per trapianto da vivente (contributo al raggiungimento obiettivo regionale)</li> <li>- <b>Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di immissione in lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati eligibili a trapianto entro 6 mesi dall'inizio della dialisi)</b></li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale Fegato</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b></li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: <u>PANCREAS:</u> tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 53 per milione di residenti</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera pancreas</b></li> <li>- tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo &lt;= 53 milioni di residenti (modalità calcolo "Bersaglio")</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: <u>POLMONE:</u> tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera polmone</b></li> <li>- tasso di ospedalizzazione per BPCO &lt;= 70 per</li> </ul>

	100.000 residenti di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")
--	--

<b>3.4.2 Emergenza urgenza</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Ictus</p> <p>Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o Codici ICD-9-CM relativa a: 430.X, 431.X, 432.X, 433.X1, 434.X1, 436.X, 437.3, 438.X, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12/2016).</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Collaborare con il presidio Hub al raggiungimento regionale di incremento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa</b></li> <li>- presenza della Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita nell'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o Codici ICD-9-CM relativa a: 430.X, 431.X, 432.X, 433.X1, 434.X1, 436.X, 437.3, 438.X, 784.3 (afasia),. (periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12/2016)</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale Emergenze cardiologiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle emergenze cardiologiche con individuazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito</b></li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: Avvio rete trauma</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti</b></li> <li>- % pazienti <math>\geq 65</math>enni con fratture di femore operati entro 48h (calcolato secondo criteri PNE) <math>\geq 80\%</math> dei casi per presidio ospedaliero</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: Migliorare l'efficienza del sistema di pronto soccorso ed emergenza urgenza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % pazienti con tempo di attesa dei codici verdi <math>\leq 1</math> ora <math>\geq 80\%</math></li> <li>- % pazienti con codice verde con permanenza in PS <math>\leq 4</math>h non inviati a ricovero <math>&gt; 85\%</math></li> </ul>

<b>3.4.3 Reti di patologia</b>	
<p>Obiettivo aziendale: <u>MALATTIE RARE</u></p> <p>Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali</b></li> <li>- Evidenza dell'implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM</li> </ul>

	279/2011.
<p>Obiettivo aziendale: <u>MALATTIE REUMATICHE</u></p> <p>Formalizzazione di almeno 2 Percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p><b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali individuando anche specifici indicatori di esito clinico</b></p>
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u></p> <p>Formalizzazione ed avvio della rete delle cure palliative e terapia del dolore.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza della nomina del responsabile del programma trasmurale "cure palliative"</li> <li>- definizione dei contenuti di dettaglio del programma ed avvio delle attività</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u></p> <p>Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione sia per le strutture sanitarie pubbliche, che private accreditate, che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione sia in strutture sanitarie pubbliche, che private accreditate, che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare</p>
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u></p> <p>Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice secondo i tempi e i criteri definiti dalla Regione</p>
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u></p> <p>Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della nuova documentazione sanitaria</li> <li>- Evidenza dell'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale condizionatamente alla messa a disposizione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza</li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u></p> <p>Favorire la permanenza e la gestione del fine vita a domicilio con incremento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età &gt; ai 65 anni, rispetto al 2015</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Incremento della % di decessi in abitazione/domicilio per le persone di età &gt; ai 65 anni &gt;=10% rispetto al 2015</p>

<b>3.4.4 Materno – infantile</b>	
Obiettivo aziendale: Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Risultato atteso: presenza dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica
Obiettivo aziendale: Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (fonte Bersaglio).	Risultato atteso: % Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati < 20% (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio)
Obiettivo aziendale: I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).	Risultato atteso: Parti indotti farmacologicamente < 20% (valore medio regionale 2014 del 26,78 – fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).
Obiettivo aziendale: Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesiológica.	Risultato atteso: Evidenza dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici.

<b>3.4.5 Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo aziendale: Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.	Risultato atteso: Evidenza della partecipazione ai programmi regionali
Obiettivo aziendale: Miglioramento appropriatezza delle richieste di trasfusione	Risultato atteso: Riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriatezza (superiore al 10%)
Obiettivo aziendale: Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera con l'obiettivo di limitare l'accesso dei pazienti in RSA o in Residenza per anziani agli ambulatori dei servizi trasfusionali per la sola terapia trasfusionale	Risultato atteso: % Pazienti di RSA o Residenze per gli anziani che è stato trasfuso nella propria residenza $\geq 80\%$ (monitoraggio effettuato dalle strutture trasfusionali regionali).
Obiettivo aziendale: partecipazione alle attività al rinnovo	Risultato atteso: Evidenza della conformità degli standard di

dell'accreditamento delle strutture trasfusionali regionali secondo le previsioni della DGR 2528/2011	competenza dell'AAS3
---	----------------------

<b>3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica <math>\leq 30\%</math> per gli adulti e <math>\leq 50\%</math> per i pediatrici (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatrici – fonte Bersaglio)</li> <li>- % ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni <math>\leq 4\%</math> (valore medio regionale 2014 di 5,49% - fonte Bersaglio)</li> <li>- degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati <math>\leq 0,9</math> (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 – fonte Bersaglio).</li> <li>- % di ricoveri ripetuti con stessa MDC in una struttura regionale, entro 30gg <math>\leq 5\%</math> (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).</li> </ul>

<b>3.4.7. Tempi d'attesa</b>	
<p>Obiettivo aziendale: Per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D' ogni AAS è tenuta a garantire il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti, con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate (Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio calcolando la differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto, in rapporto alla classe di priorità</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % delle prenotazioni (primo accesso) con priorità B a favore dei residenti AAS3 garantita entro 10gg <math>\geq 95\%</math></li> <li>90% delle prenotazioni (primo accesso) con priorità D a favore dei residenti AAS3 garantita entro 30gg per le visite e 60gg per gli accertamenti diagnostici <math>\geq 90\%</math></li> <li>- % delle prenotazioni (primo accesso) con priorità P a favore dei residenti AAS3 garantita entro 180gg <math>\geq 85\%</math></li> </ul>
<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione del monitoraggio regionale e del monitoraggio ministeriale.</p>	<p>Risultato atteso: evidenza dei monitoraggi regionali e ministeriali</p>
<p>Obiettivo aziendale: organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta per la priorità P, secondo le</p>	<p>Risultato atteso: presenza dell'offerta con priorità P in prenotazione on line secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale entro il 30.06.2016 presenza dell'offerta con priorità D in prenotazione</p>

indicazioni del gruppo tecnico regionale, entro giugno 2016 e per la priorità D	on line secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale entro il 31.12.2016.
<p>Obiettivo aziendale: assicurare il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici monitorati dalla Regione secondo i criteri di priorità definita dal prescrittore</p> <p>di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A.</p>	<p>Risultato atteso: Per gli interventi di: artroprotesi d'anca, biopsia percutanea del fegato, cataratta, emorroidectomia, endoarteriectomia carotidea, neoplasie (colon retto, mammella, prostata, rene, utero, vescica), riparazione di ernia inguinale, tonsillectomia.</p> <p>priorità A: 95% della casistica entro 30gg priorità B: 90% della casistica entro 60gg priorità C: 90% della casistica entro 180gg priorità D: 90% della casistica entro 12 mesi</p>
<p>Obiettivo aziendale: L'Azienda dovrà far rispettare il rapporto tra attività libero professionale e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo</p>	<p>Risultato atteso: tendenziale e progressivo allineamento dei tempi di attesa medi tra prestazioni erogate in istituzionale e in libera professione (15 giorni di differenza per visite e diagnostica e 30 giorni per ricoveri)</p>

#### 3.4.8 Rischio clinico

<p>Obiettivo aziendale: Monitoraggio indicatori regionali sul rischio clinico</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dei report semestrali secondo le scadenze indicate dal referente regionale sul Rischio clinico</p>
<p>Obiettivo aziendale: compliance alle raccomandazioni nazionali sulla sicurezza in particolare "prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e "prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici"</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della formazione sulle raccomandazioni nazionali relative a "prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e "prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici"</p>
<p>Obiettivo aziendale: riduzione dei rischi da interazione più frequenti così come emerso dalle sorveglianze regionali effettuate</p>	<p>Risultato atteso: evidenza di un'indagine campionaria di prevalenza dei pazienti in polifarmacoterapia e diffusione della relativa reportistica</p>
<p>Obiettivo aziendale: sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della diffusione della procedura evidenza della formazione del personale avvio dell'applicazione</p>
<p>Obiettivo aziendale: predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG in</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della reportistica periodica</p>

materia di sicurezza del farmaco	
Obiettivo aziendale: "antimicrobial stewardship": valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali	Risultato atteso: evidenza della valutazione dell'aderenza ad almeno 1 linea guida regionale
Obiettivo aziendale: diffusione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici	Risultato atteso: evidenza della diffusione della reportistica regionale periodica
Obiettivo aziendale: l'adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche	Risultato atteso: evidenza della diffusione delle misure di restrizione
Obiettivo aziendale: Avvio di azioni di miglioramento a livello aziendale sulla base delle criticità dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015	Risultato atteso: evidenza dell'avvio delle azioni di miglioramento
Obiettivo aziendale: prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione"	Risultato atteso: evidenza della prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale
Obiettivo aziendale: messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione";	Risultato atteso: evidenza della messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione", entro 6 mesi dal completamento della Fase2 di integrazione dei sistemi informativi ex ASS3 e ex ASS4 da parte di INSIEL
Obiettivo aziendale: predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini sulle tematiche del rischio	Risultato atteso: evidenza della predisposizione e della diffusione del materiale informativo destinato ai cittadini sulle tematiche del rischio

#### 3.4.9 Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure

Obiettivo aziendale: In particolare, per il 2016 si invita ad operare nei settori della <i>chirurgia oncologica</i> e della <i>chirurgia pediatrica</i> , anche fornendo da parte della DCS indicazioni di benchmarking.	Risultato atteso: evidenza della convenzione con l'IRCCS Burlo per la chirurgia pediatrica evidenza dell'attribuzione e valutazione dei privilegi per la chirurgia oncologica
Obiettivo aziendale: nel corso del 2016 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior	Risultato atteso: evidenza della lista di interventi/esami da prescrivere con maggior prudenza

prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di choosing wisely	
---	--

**3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA**

<b>3.5 Assistenza farmaceutica</b>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale, ambulatoriale, ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore).</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> Realizzazione di 2 incontri di audit per AFT con il coinvolgimento dei Distretti e degli specialisti ospedalieri di interesse. Analisi dei profili prescrittivi ospedalieri ed identificazione delle aree di intervento Stipula, almeno con il principale Ente erogatore, di specifico accordo per ottenere la disponibilità di informazioni necessarie alla piena valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate ai residenti AAS3</p>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Individuazione di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale, ambulatoriale, ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> Evidenza dell'identificazione e l'assegnazione di obiettivi specifici per AFT ai prescrittori e territoriali e obiettivi specifici per prescrittori ospedalieri</p>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Le prescrizioni di bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale.</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> % di farmaci biosimilari ovvero farmaci aggiudicatari in gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile, prescritti ai nuovi pazienti rispetto al totale delle prescrizioni <math>\geq 80\%</math></p>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) devono tendere ai valori target indicati. Le Aziende valuteranno inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatezza favorendo l'impiego di medicinali con il</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> Percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte all'interno delle seguenti categorie ATC di farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C09CA-antagonisti dell'angiotensina II, non associati <math>\geq 92,3\%</math></li> <li>- C09DA agonisti dell'angiotensina IIe diuretici <math>\geq 99,30\%</math></li> <li>- C10AA inibitori dell'HMG COA reductasi <math>\geq 85,90\%</math></li> <li>- G04CB inibitori del testosterone 5-alfa</li> </ul>

miglior rapporto di costo-efficacia.	<p>reduzzasi &gt;=43,90%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- M05BA bifosfonati &gt;=93,90%</li> <li>- N03AX altri antiepilettici &gt;=69,10%</li> <li>- N06AX altri antidepressivi &gt;=57,10%</li> <li>- N02CC agonisti selettivi dei recettori 5HT1 &gt;=69,20%</li> <li>- S01ED sostanze beta-bloccanti &gt;=35,70%</li> </ul> <p>Valutazione dell'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia</p>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata sono favoriti anche nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR. Le Aziende eroganti in tale ambito, definiscono idonei percorsi prescrittivi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Attivare percorsi per la prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo-efficacia.</p> <p>Identificazione di almeno un percorso di valutazione</p>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare deve essere inoltre garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria assicurando la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia. L'implementazione di tale attività dovrà essere assicurata in almeno il 20% delle residenze protette.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza della rivalutazione delle prescrizioni nei pazienti politrattati presenti nelle residenze protette al fine di una riduzione delle prescrizioni: attività svolta in almeno il 20% delle residenze protette.</li> </ul> <p><b>- deve inoltre essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria.</b></p>
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Continua ad essere assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>evidenza del monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa soprattutto con</p>

<p>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>	<p>riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.</p>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          applicazione di ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli <i>ausili per diabetici</i> oltre ad azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva anche modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie). A tal fine le aziende sanitarie attivano, anche in collaborazione tra loro, ogni utile iniziativa.</p>	<p><b>Risultato atteso:</b>          evidenza di attivazione/implementazione di modalità erogative, maggiormente vantaggiose per il SSR, di ausili di assistenza protesica, e ausili per diabetici</p>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          Le Aziende supporta Federfarma nel monitoraggio di eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza al fine della tempestiva segnalazione alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.</p>	<p><b>Risultato atteso:</b>          Evidenza del raccordo con Federfarma sul monitoraggio.</p>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          miglioramento dell'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % delle confezioni destinate alla distribuzione nominale prescritte tramite PSM <math>\geq 80\%</math> del totale delle confezioni destinate alla distribuzione nominale (escluse le case di riposo)</li> <li>- % di piani terapeutici prescritti tramite sistema informatizzato (prima prescrizione e rinnovi) <math>\geq 50\%</math> dei pazienti che necessitano di piani terapeutici disponibili a sistema (a partire dal II quadrimestre 2016)</li> </ul>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          Sono promosse le iniziative di farmacovigilanza anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della partecipazione alle progettualità regionali.</li> <li>- Evidenza di almeno un referente (tra il personale medico e/o infermieristico) per dipartimento.</li> </ul>

<p>Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza è opportuno che per ogni struttura/reparto venga individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica.</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> 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. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Va inoltre assicurato, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compilazione dei registri AIFA per i medicinali soggetti a registro, ed erogazione solo a fronte di oggettiva compilazione</li> <li>- assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing.</li> <li>- assicurare, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.</li> </ul>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> % Completezza dei campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione. <math>\geq 95\%</math> dei pazienti</p>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Le Aziende sanitarie assicurano: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura.</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% di copertura della fase 3 sulla fase 2</li> <li>-Regolare verifica della congruenza dei dati trasmessi con gli indicatori di qualità del dato disponibile</li> <li>- Codice targatura inserito a sistema in fase di erogazione dei medicinali in distribuzione diretta nel 100% dei casi prescritti con PSM</li> </ul>
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> La Aziende al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> Evidenza dell'implementazione dei sistemi informativi disponibili con i dati identificativi</p>

<p>riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta implementano, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito.</p>	<p>dell'assistito.</p>
---	------------------------

**3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI****3.6.1 Anziani****Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale**

Si richiama l'attenzione sull'obbligo che deriva alle Aziende per l'assistenza sanitaria (AAS) dalle disposizioni contenute nel regolamento di disciplina del Fondo per l'autonomia possibile (FAR), emanato con decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n.7. Si fa particolare riferimento agli articoli 10, 11 e 12 i quali trattano, nel loro insieme, del sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale.

Al riguardo, il nuovo testo regolamentare conferma le prescrizioni già presenti nei regolamenti precedenti, prevedendo che i progetti in questione debbano essere sostenuti da un finanziamento congiunto, formato per il 50% con risorse provenienti dal FAR (di competenza del Servizio sociale dei Comuni) e per il restante 50% da risorse messe a disposizione dalle AAS territorialmente competenti, che devono essere aggiuntive e non sostitutive di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.

**3.6.1 Anziani****Processo di riclassificazione delle residenze per anziani**

Obiettivo aziendale:  
collaborazione all'attuazione del processo medesimo secondo quanto previsto al titolo X del succitato D.P.Reg. 144/2015

Risultato atteso:

- evidenza della verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali secondo le tempistiche e le modalità definite dalla Regione
- valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori
- supporto alle residenze per anziani per la valutazione dei bisogni degli utenti attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG secondo i tempi definiti dalla Regione

**3.6.1 Anziani****Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti**

Obiettivo aziendale:  
Partecipazione all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015.

Risultato atteso:  
evidenza della partecipazione nei tempi e modi previsti dalla Regione

<b>3.6.1 Anziani</b> <b>Monitoraggio e promozione delle qualità all'interno delle residenze per anziani</b>	
Obiettivo aziendale: Proseguire nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzare almeno tre nuove visite di audit approfondite	Risultato atteso: Evidenza di almeno tre nuove visite di audit approfondite.
Obiettivo aziendale: Redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti.	Risultato atteso: Evidenza, entro il primo semestre 2016, della relazione illustrativa dettagliata.

<b>3.6.1 Anziani</b> <b>Sistemi informativi</b>	
Obiettivo aziendale: 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	Risultato atteso: Evidenza delle verifiche e degli eventuali solleciti.

<b>3.6.1 Anziani</b> <b>Sistema VMD Val.Graf.-FVG</b>	
Obiettivo aziendale: Valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD ValGraf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato (la valutazione deve essere effettuata da un'equipe multiprofessionale distrettuale)	Risultato atteso: 100% degli accessi con Valgraf

<b>3.6.1 Anziani</b> <b>Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità</b>	
Obiettivo aziendale: Effettuare l'attività di vigilanza e controllo sui servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture	Risultato atteso: evidenza della realizzazione dell'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10% dei servizi/strutture

destinate all'accoglimento di persone con disabilità strutturate collocati sul territorio di competenza.	collocati sul territorio di competenza
--	--

<b>3.6.2 Minori</b> <b>Affido</b>	
Obiettivo aziendale: Applicazione delle linee guida per l'affido approvate con DGR 1115/2015	Risultato atteso: evidenza dell'applicazione delle linee guida per l'affido

<b>3.6.2 Minori</b> <b>Adozioni</b>
<p>Nel 2015, i referenti dei Consultori familiari hanno partecipato, in collaborazione con la Regione, gli Enti autorizzati e la scuola al tavolo di lavoro per la revisione sul protocollo delle adozioni internazionali. Nel protocollo sono state inserite anche le adozioni nazionali.</p> <p>Nel 2016 il tavolo di lavoro proseguirà con l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali che forniranno indicazioni operative relativamente ai: informazione e formazione, iter adottivo, presentazione della domanda di adozione al tribunale, valutazione e studio di coppia, decreto di idoneità all'adozione internazionale, conferimento dell'incarico all'Ente autorizzato per l'adozione internazionale, tempo di attesa nella nazionale e nell'internazionale; abbinamento e adozione; post adozione).</p>

<b>3.6.2 Minori</b> <b>Minoranze linguistiche</b>
Nel corso del 2016 verrà rinforzato il servizio psicopedagogico per la minoranza slovena

<b>3.6.3 Piani di Zona</b>
<p>Nell'anno 2015 si è formalmente concluso il triennio di validità del Piano di Zona di cui all'art. 24 della Legge Regionale 6/2006 "sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale". Tuttavia gli obiettivi e le azioni intraprese nelle aree d'integrazione socio sanitaria, formalizzati anche in specifici protocolli da parte delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria e dei Servizi Sociali dei Comuni, rimangono attuali e da implementare nel corso del 2016 considerando, altresì, che la Regione procederà, in attuazione dell'art.25 della Legge Regionale 17/2014, alla revisione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione da assicurare da parte delle Aziende e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.</p> <p>Si prevede pertanto per il 2016 una continuità della pianificazione locale e il rinnovo dell'"atto di intesa" da parte delle Aziende congiuntamente ai Servizi Sociali dei Comuni.</p> <p>Occorre peraltro considerare che l'anno 2016 si caratterizzerà per rilevanti innovazioni sul piano istituzionale e programmatico in quanto verranno, da un lato, attivate le Unioni Territoriali Intercomunali di cui all'art.5 della Legge Regionale 26/2014 "Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia" che assumeranno dai Comuni le funzioni del sistema</p>

locale dei servizi sociali e, dall'altro, la Regione definirà la programmazione sociale per il prossimo triennio.

**3.7 SISTEMA INFORMATIVO**

<b>3.7.1 Sistema informativo</b>	
Obiettivo aziendale: Estensione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) a tutti i Pronto soccorso della Regione	Risultato atteso: Evidenza dell'attivazione del sistema SEI a San Daniele
Obiettivo aziendale: utilizzo della <i>firma digitale</i>	Risultato atteso: - Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Radiologia > 98% - ECG > 80%, condizionatamente alla realizzazione dell'interfacciamento del sistema ECG con il sistema insiel.
Obiettivo aziendale <b>Ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale</b>	Risultato atteso <b>Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica</b>
Obiettivo aziendale <b>Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla LR 17/2014</b>	Risultato atteso <b>Adeguamento dei sistemi informativi al nuovo atto aziendale con l'inclusione delle nuove aree di S. Daniele e Codroipo.</b>

<b>3.7.2. PACS</b>	
Obiettivo aziendale: Completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico, prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale.	Risultato atteso: - Completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico nell'ospedale di San Daniele - Estensione del PACS in Endoscopia digestiva secondo cronoprogramma regionale. - <b>Completamento dei casi d'uso dell'emergenza e della visibilità interaziendali</b>

## Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli"

(Delibera del DG n. 522 dd. 31/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)

Rilievo Aziendale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA	Aree Verdi
		Interventi di adeguamento edile impiantistico	60,0		60,0
	Manutenzione ordinaria e straordinaria di parte delle aree verdi della struttura sanitaria San Michele di Gemona	20,0			20,0
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>80,0</b>	<b>-</b>	<b>60,0</b>	<b>20,0</b>
Rilievo Aziendale	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA	
	Biomediche (Gemona 63,2-San Daniele 211,6-Tolmezzo 661,2)	936,0			
	Informatiche - Strutture Ospedaliere		50,0	1.739,5	
	Altro - Strutture Ospedaliere				
	Biomediche - Territorio	236,5			
	Informatiche - Territorio				
Altro - Territorio	617,0				
	<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>1.869,5</b>	<b>50,0</b>	<b>1.799,5</b>	

Rilievo Regionale	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali
	Biomediche	280,0		280,0	
	Informatiche				
	Altro				
	<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo regionale</b>	<b>280,0</b>	<b>-</b>	<b>280,0</b>	<b>-</b>
	<b>B) Totale rilievo regionale</b>	<b>280,0</b>	<b>-</b>	<b>280,0</b>	<b>-</b>

**Importo totale del piano degli investimenti (A+B) 2.149,5**

di cui:

**Interventi edili e impiantistici 80,0**

**Beni mobili e tecnologie 2.069,5**

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo complessivo
	Monitoraggio	PO di Tolmezzo	1	316,0
	Tavolo operatorio	PO di Tolmezzo	1	155,0
	Rinnovo automezzi 118	Centrale 118 Tolmezzo e San Daniele del Friuli	4	300,0

## Copertura finanziaria del piano degli investimenti

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali</b>	<b>-</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>1.799,5</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	<b>280,0</b>
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	<b>20,0</b>
<b>Risorse proprie</b>	<b>50,0</b>
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	50,0
Utili di esercizi precedenti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	

**Totale: 2.149,5**

**Disponibilità complessiva: 2.149,5**

# Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale"

Le Linee di gestione 2016, dispongono che l'Azienda ospedaliero universitaria di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 operino in maniera integrata e presentino un piano unico, ma predisponendo due bilanci distinti.

Per questa ragione il capitolo delle progettualità è comune alle due aziende.

### 3. LE PROGETTUALITA'

#### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

<b>3.1.1 Atti aziendali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della proposta di atto aziendale della nuova Azienda sanitaria universitaria integrata n.4	Proposta definita ed inviata alla DCS entro il 31.12.2016

<b>3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/14, 929/15 e 2151/15</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Revisione posti letto per acuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione attuata entro il 30.6 per i posti letto ordinari, con esclusione dei nuovi p.l. di stroke unit e UTIC</li> <li>- Attuazione dell'intervento strutturale per l'attivazione dei 12 p.l. di stroke unit, così come previsto dalla DGR 2673/14 entro il 31.12.2016</li> <li>- Attivazione, in via transitoria, dei posti letto di epatologia anche in sede diversa da quella definitiva entro il 31-3 e attivazione della struttura autonoma di Epatologia entro il 31-12-2016 (vedi anche linea 3.10.1)</li> <li>- Revisione dei posti letto di DH entro il 30.9</li> </ul>

Revisione posti letto per le funzioni di riabilitazione dell'IMFR	Revisione attuata entro il 30.6
RSA – attuazione DGR 2151/15	Revisione delle convenzioni in essere con i privati accreditati entro il 30.6

### 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

### 3.1.4 Piano Emergenza Urgenza

Obiettivo	Risultato atteso
Avviare la nuova distribuzione delle ambulanze e delle automediche	Entro il 31/3, compatibilmente con i tempi di reclutamento del personale necessario e di acquisizione dell'automedica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- posizionamento di ambulanza tipo A H24 a San Pietro al Natisone, in aggiunta a quella tipo A H24 di stanza a Cividale;</li> <li>- assunzione servizio postazione di Tarcento;</li> <li>- revisione servizio notturno con ambulanza tipo A in sostituzione mezzo tipo B postazione di Udine</li> <li>- attivazione automedica postazione di Udine</li> </ul>
Riorganizzare il PS di Cividale in Punto di Primo Intervento e di attività ambulatoriale di Cividale e San Pietro al Natisone	Entro il 31.3 predisposizione della revisione dei modelli organizzativi da attuarsi nei tempi che saranno concordati con la DCS, con l'avviamento di attività infermieristiche funzionali ed integrate alla continuità assistenziale
<b>Piano dell'Emergenza Urgenza</b>	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</b>

### 3.1.5 Piano Sangue

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue</b>

### 3.1.6 Piano Oncologico

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano oncologico</b>

<b>3.1.7 Piano della Riabilitazione</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano, con particolare attenzione allo sviluppo del ruolo di Ospedale di 3° livello riabilitativo del Gervasutta	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della riabilitazione</b>

<b>3.1.8 Piano della Salute Mentale</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale</b>

<b>3.1.9 Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Laboratori analisi e Microbiologie e virologia	Trasferimento all'AOUUD delle funzioni di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia attualmente inserite nei presidi ospedalieri di Latisana-Palmanova e San Daniele-Tolmezzo a partire dal 1.1.2016 e progressivo adeguamento di quanto previsto dal piano di attivazione del L.U.I., trasmesso alla DCS in data 31.7.2014.

**3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.2 Promozione della salute e prevenzione</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione	Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti

<b>3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Continuare il progetto "Cardio 50" con arruolamento del 50% della popolazione eleggibile entro il 2016	Arruolamento entro il 2016 del 50% della popolazione eleggibile
<b>Giungere, entro il 2016 alla formale adozione, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.</b>	<b>Adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare</b>
<b>Le aziende realizzano almeno un corso residenziale ciascuna su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve. Entro il 2016 è formato almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di 1 corso residenziale</li> <li>- Formazione di almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria attraverso i corsi FAD organizzati per tutte le aziende da AAS1</li> <li>- Invio report a DCS con numero operatori formati</li> </ul>
Coordinare un gruppo di lavoro inter-professionale (psichiatri, pediatri, MMG, operatori della salute mentale, anche dell'età evolutiva, e del distretto) per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi; avviare la formazione di MMG e PLS	Documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS

<b>3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al <ul style="list-style-type: none"> <li>- 65% per la cervice uterina</li> <li>- 65% per la mammella</li> <li>- 70% per il carcinoma del colon retto</li> </ul>
Predisporre un piano di riorganizzazione	Piano di riorganizzazione attività senologica

<p>delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"</p> <p><i>Obiettivo integrato tra AAS 4 e AOUUD</i></p>	<p>predisposto.</p>
<p>Concordare un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.</p>	<p>Proposta di protocollo <b>condivisa con le altre aziende</b> inviata alla DCS per l'adozione formale</p>
<p>Unità senologica AOUUD: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>I radiologi certificati assicurano la lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico</p>
<p>Unità senologica AOUUD: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<p>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</p>
<p>Servizio di endoscopia AOUUD: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali &gt;=95%</p>
<p>Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici</p>	<p>- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</p>
<p>Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.</p>	<p>Anagrafe sanitaria aggiornata</p>

Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	L'azienda utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening
---	---

### 3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale <b>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.</b>	Risultato atteso: <b>- Garantire la partecipazione ai lavori</b> <b>- Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita</b>
<b>Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</b>	<b>Report di monitoraggio del programma regionale</b>

### 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	Report di attività alla DCS
Realizzare le attività previste dal programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Programmi avviati o iniziative realizzate
Definire un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio	Flow-chart adottata formalmente
Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)

### 3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di	Realizzato almeno un corso di formazione

addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo	
---	--

### 3.2.6. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda

### 3.2.7. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare una mappatura degli stakeholders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.	Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS

### 3.2.8. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare le attività previste dal Programma VII PRP, coordinato dall'AAS1	Report congiunto di monitoraggio delle attività previste inviato alla DCS
Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	Un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
Eseguire in Pronto Soccorso la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico	La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in Pronto Soccorso

### 3.2.9. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Coordina i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Proposta di linee guida regionali
Partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo) - 10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)
Individuare un'azienda referente per la realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Corso realizzato
Partecipare al programma di formazione sull'audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile	- Almeno 3 operatori formati - Realizzazione di una scheda di audit
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

### **3.2.10. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- 5% delle aziende vigilate Agricoltura 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti/aziende agricole selezionati in base ai criteri individuati dal gruppo di lavoro regionale Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in atto negli ultimi 5 anni
<b>Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo</b>	<b>Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria</b>

**3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare in modo coordinato, corsi accreditati e iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Realizzazione di: - 1 iniziativa a livello provinciale e 1 a livello regionale <b>- 2 corsi accreditati</b>
Completare la vigilanza sulla valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate dal progetto nazionale	Report di attività alla DCS
Redigere, adottare formalmente e avviare un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP	- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Istituzione del registro aziendale degli accertatori - Offerta di percorsi per smettere di fumare <b>- Adozione di regolamento regionale sul fumo</b>
Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita	Corso effettuato

**3.2.12. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	Report della DCS
Alimentare le banche dati informo e malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS

Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Il 25% delle verifiche effettuate da ogni azienda è inserito a data base
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004	100% delle anagrafiche inserite

**3.2.13. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuare le attività del "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, con la definizione di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse	E' redatto un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale, in coerenza con i risultati dell'indagine effettuata nel corso del 2015
Partecipazione al tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 per approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.	Partecipazione delle aziende al tavolo VIS
Realizzare, attraverso i Dipartimenti di prevenzione in collaborazione con ARPA, iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.L'AAS, relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon. Dopo aver condiviso i contenuti formativi nell'ambito del tavolo VIS, individua in modo	Un evento formativo per progettisti e uno per operatori

coordinato un'azienda referente, che con la collaborazione di ARPA realizza un evento formativo per progettisti e uno per operatori.	
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	Almeno 1 controllo eseguito
In qualità di referente regionale per la cosmetico vigilanza, organizzare e realizzare un evento formativo per le imprese sul rischio chimico nei cosmetici ed in campo estetico (pigmenti per tatuaggio)	Evento formativo realizzato
<b>Sensibilizzare gli "end users" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH: i Dipartimenti di Prevenzione provvedono a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una AAS capofila per l'organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP</b>	<b>Evento formativo realizzato</b>
Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviare al COR Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- Dati inviati al COR - Schede ReNaM trasmesse per tutti i casi di mesoteliomi indagati nel 2016 - I dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare; dopo condivisione della documentazione di riferimento programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione	Report alla DCS con numero di operatori formati

### 3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con	Corso realizzato con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e

vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive)	di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere)
Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale	Flow-chart aziendale
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima	Evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Partecipa ai gruppi di lavoro regionale finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi	Miglioramento delle coperture vaccinali  Report aziendale inviato alla DCS
Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali. <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Indicatori regionali monitorati
Effettuare la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza (AOUUD)	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Effettuare la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici (AOUUD)	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Evento di formazione realizzato
Partecipare alla stesura e adozione delle linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	- aggiornata procedura aziendale di notifica delle malattie infettive e di organizzazione dell'indagine epidemiologica in corso di MTA <b>- Adozione formale delle linee guida regionali</b>
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano

<b>3.2.15. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Realizzato un intervento formativo/informativo
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

<b>3.2.16. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo (AOUUD)	- gruppo aziendale costituito e referente individuato - adozione formale del piano
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF (AOUUD)	Report di autovalutazione
Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Censimento con monitoraggio delle attività inviato alla DCS
Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e	Dati inseriti

realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	
Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011	Evento realizzato

### 3.2.17. Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni.
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
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 2015	Definire ed attuare: n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2016 n. audit per settore programmati per il 2016 n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN. Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015.	Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di	Controllare gli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale

Aujeszky dei suini.	
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare gli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2015
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

**3.3 ASSISTENZA PRIMARIA**

<b>3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria</b>	
<b>Sviluppo dell'assistenza primaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aggiornamento/revisione del Piano dell'assistenza primaria	PAP aggiornato entro 60 giorni dall'emanazione delle indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, delle stesse
Attivazione di tutte le AFT	Attivazione entro il 30.6.2016 di tutte le AFT Evidenza dell'utilizzo, quale strumento di governo e gestione dell'assistenza primaria, dei regolamenti di esercizio per l'individuazione degli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative
Avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP per Azienda	Avvio di almeno 3 CAP entro il 2016
Avviare incontri strutturati e continui con i cittadini, per le finalità di cui all'articolo 19 della legge regionale 17/2014	Effettuare almeno 2 incontri per ogni Distretto

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Accreditamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire supporto all'attività regionale di accreditamento <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Collaborare con la Regione nel reclutamento di nuovi valutatori, e nell'addestramento e la messa a disposizione dei valutatori formati
Completare l'accREDITamento di tutti gli ospedali <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Rispetto del programma annuale dell'organismo accreditante

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Odontoiatria sociale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuazione del programma in tutto il territorio regionale predisposto a cominciare dalle prestazioni odontoiatriche urgenti e delle categorie di soggetti previsti dai LEA e dalle protesi dentarie secondo criteri definiti nell'apposito documento	Entro giugno 2016 sarà definito un programma di graduale attuazione di quanto definito nell'apposito documento regionale

regionale <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	
---	--

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione e accreditamento delle reti per le cure palliative e per la terapia del dolore <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	E' istituito un servizio di coordinamento sovra distrettuale della rete delle cure palliative, finalizzato all'aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale.

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali,	Recupero di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2015
Realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica	Revisione qualitativa della dotazione organica con l'aumento del numero di educatori professionali rispetto a medici ed infermieri
Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Evidenza di un regolamento attuativo del protocollo DSM/NPIA, in collaborazione con la Clinica Pediatrica, per la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario
Consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del comportamento alimentare <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Potenziare il primo ed il secondo livello, attuando gli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio
Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze	Presenza di un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale
Produzione di almeno 3 indicatori di outcome	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

#### Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione all'attività dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria	E' garantita la partecipazione all'attività
Attivare il gruppo tecnico per la prevenzione dei suicidio e dei gesti autolesivi in carcere	Il gruppo tecnico è attivato
Garantire la presa in carico, la gestione integrata e la continuità assistenziale delle persone detenute dall'ingresso in strutture penitenziarie, durante la permanenza, nel caso di trasferimento ed al momento del rilascio.	Attivazione di un gruppo tecnico aziendale finalizzato al coordinamento dell'erogazione dei servizi per la tutela della salute della popolazione carceraria

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

#### Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguimento dell'attuazione del programma per la gestione transitoria della funzione di superamento degli OPG	Sono promosse iniziative di formazione che riguardano la progettualità terapeutico individuale e la realizzazione di azioni finalizzate alla dimissione e il reinserimento sociale delle persone internate, anche con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria
	Sono attuati gli interventi finalizzati alla ristrutturazione della REMS definitiva da inserire nella rete dei servizi sanitari regionali

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari****Percorso nascita**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Attuazione del progetto regionale Percorso Nascita  <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- integrazione ospedale e assistenza primaria promuovendo azioni finalizzate alla migliore assistenza e consapevolezza nelle diverse fasi della gravidanza</li> <li>- predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non</li> <li>- azioni per la promozione di un ricorso appropriato al taglio cesareo, al parto operativo e al parto indotto</li> <li>- attivazione di percorsi che privilegino il ruolo dell'ostetrica nella gravidanza fisiologica e la gestione presso i servizi dell'assistenza primaria</li> <li>- adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita</li> <li>- <b>temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani aziendali di formazione</b></li> <li>- <b>implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso &gt; 2500</b></li> </ul>

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari****Diabete**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione dei documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica, adottati con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015  <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Integrazione interprofessionale sul percorso del diabete gestazionale e dell'obesità in gravidanza, dalla diagnosi alla gestione assistenziale integrata

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari****Autismo**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare alla definizione della rete di assistenza e di un percorso assistenziale per il cittadino affetto da disturbi dello spettro autistico	L'Azienda contribuisce con i propri rappresentanti esperti nella materia

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Consultori familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Conclusione della ricognizione sull'assetto organizzativo e sulla dotazione di personale in funzione delle attività e dei servizi erogati dai Consultori familiari, strutture operanti nell'ambito dell'area materno-infantile	L'Azienda collabora alla ricognizione

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Cooperazione transfrontaliera</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	<b>Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare.</b> <b>Appare opportuno specificare, per le attività che saranno implementate, anche l'afferenza delle eventuali iniziative al Piano Strategico regionale e alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario, con particolare riferimento all'area materno-infantile e di ricerca</b>

**3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI**

<b>3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p><b>CUORE</b></p> <p>1. Utilizzo presso il Centro trapianti degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)</p> <p>2. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni</p>	<p>1. Almeno l'85%</p> <p>2. &lt;= 210 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2014 di 226,31 – fonte Bersaglio)</p> <p><b>3. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera cuore e avvio delle attività con individuazione di almeno un percorso assistenziale a valenza regionale relativo a pazienti trapiantati</b></p>
<p><b>RENE</b></p> <p>1. Tempi di immissione in lista trapianto</p> <p>2. Aumento dei casi di trapianto da vivente</p> <p>3. Utilizzo del doppio rene marginale</p> <p>4. Utilizzo presso il Centro trapianti degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)</p> <p>5. Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)</p>	<p>1. Almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi</p> <p>2. Incremento coppie valutate ai fini di trapianto</p> <p>3. Almeno 5 casi</p> <p>4. Almeno il 75%</p> <p>5. Al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)</p> <p><b>6. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b></p>
<p><b>FEGATO</b></p> <p>1. Utilizzo presso il Centro trapianti degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)</p>	<p>1. Almeno l'85%</p> <p><b>2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b></p>
<p><b>PANCREAS</b></p> <p>1. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete</p>	<p>1. &lt;= 53 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2014 di 67,59 x milione – fonte Bersaglio)</p> <p><b>2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera pancreas</b></p>
<p><b>POLMONE</b></p> <p>1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO</p>	<p>1. &lt;= 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2014 del 82,16 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio)</p> <p><b>2. Partecipazione ai tavoli regionali per la</b></p>

	<b>formalizzazione della filiera polmone</b>
Audit organizzativo del Centro regionale trapianti con certificatore esterno	Esecuzione Audit con report

<b>3.4.2 Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>ICTUS</p> <p>1. Aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa</p> <p>2. Definire la fattibilità di una collaborazione con AAS2 e AAS3 per l'effettuazione delle Trombolisi endovenosa/endoarteriosa nell'ospedale di Latisana e di Tolmezzo identificando i criteri operativi e i fabbisogni tecnologici</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala di Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale</p>	<p>1. Almeno 140 trattamenti</p> <p><b>2. I criteri operativi e i fabbisogni tecnologici per l'effettuazione delle Trombolisi endovenosa/endoarteriosa nell'ospedale di Latisana e di Tolmezzo sono definiti entro il 30.6</b></p> <p>3. Almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) (periodo di misurazione 1/7 – 31/12/16)</p>
EMERGENZE CARDIOLOGICHE	- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle emergenze cardiologiche con individuazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito</b>
TRAUMA	- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti</b> - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario $\geq$ 67% (dato 2015 al 30.9 64%) - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario $\geq$ 70% (dato 2015 al 30.9 64%)
<p>PRONTO SOCCORSI ED EMERGENZA URGENZA</p> <p>1. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1h</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che</p>	<p>1. Almeno 65% dei casi (media regionale 2014 del 66,19%)</p> <p>2. <math>\geq</math> 75% (media regionale 2014 del 72,2%)</p>

permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	
---	--

<b>3.4.3 Reti di patologia</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
MALATTIE RARE Implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001	- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali</b> - I dati sono inseriti nel registro regionale
MALATTIE REUMATICHE	- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico</b>
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE <b>1. Formalizzazione ed avvio della rete delle cure palliative e terapia del dolore.</b> 2. Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione per le strutture sanitarie pubbliche <b>3. Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.</b> <b>4. Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.</b> 5. Aumento dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni	<b>1. Partecipare con propri professionisti all'elaborazione e organizzazione delle reti, ove richiesto.</b> 2. Sono utilizzati gli strumenti di valutazione del dolore concordati nell'ambito della rete regionale <b>3. Effettuare autovalutazione delle reti assistenziali e Hospice ai fini della riorganizzazione a seguito della formalizzazione regionale della rete</b> <b>4. Revisionare la documentazione in uso e garantire l'invio mensile dei dati come da indicazioni</b> 5. >= 10%
REUMATOLOGIA Definizione di un modello organizzativo per l'attivazione di ambulatori reumatologici distrettuali di 1° livello	Modello definito entro il 30.6

<b>3.4.4 Materno Infantile</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Vedi Progetto Percorso nascita linea 3.3.2
<b>Parti cesarei</b>	<b>% Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati &lt; 20% (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio)</b>
Riduzione parti indotti farmacologicamente	<= 20% (valore medio regionale 2014 del 26,78%)

<b>3.4.5 Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma	Plasma per la lavorazione di sangue intero: valore 2014 +/- 2 % Plasma da aferesi: valore 2015 + 2%)
Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione	Riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti di elevata inappropriatezza (superiore al 10%)
Limitare l'accesso dei pazienti in RSA o in Residenza per anziani agli ambulatori dei servizi trasfusionali per la sola terapia trasfusionale	Almeno l'80% dei pazienti in RSA o in residenza per anziani non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale

<b>3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica &lt;= 30% per gli adulti e &lt;=50% per i pediatri (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatri – fonte Bersaglio)</li> <li>- % ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni &lt;= 4% (valore medio regionale 2014 di 5,49% - fonte Bersaglio)</li> <li>- degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati &lt;= 0,9 (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 – fonte Bersaglio).</li> <li>- % di ricoveri ripetuti con stessa MDC in una</li> </ul>

	struttura regionale, entro 30gg <= 5% (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).
--	---

<b>3.4.7. Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Il Piano di contenimento dei tempi d'attesa AAS4/AOUUD è redatto in una logica di integrazione con le strutture private presenti nel territorio aziendale.	Il Piano integrato per il contenimento dei tempi d'attesa è definito entro il 31.1.2016
Adeguamento delle agende per la prenotazione on line	Le agende di prenotazione di tutte le prestazioni vengono adeguate per consentire la prenotazione on line entro il 30 giugno 2016 per le priorità P e entro fine anno per la priorità D, secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale
Rispetto dei tempi d'attesa secondo le regole di accesso definite dalla DGR 2034/2015 per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati	Vengono garantiti i tempi d'attesa previsti per: <u>Specialistica ambulatoriale:</u> priorità B >95%, priorità D >90%, priorità P >90% <u>Ricoveri per interventi programmati:</u> priorità A ≥95% priorità B, C, D ≥90%
Monitoraggi dei tempi d'attesa	L'AAS4 e l'AOUUD rispettano i tempi per la trasmissione del monitoraggio ex post regionale e dei monitoraggi ministeriali (ex post e ex ante)
Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Le Aziende intervengono sulle criticità rilevate attraverso il governo dell'offerta (LP/istituzionale), l'utilizzo delle risorse contrattuali, gli accordi con le strutture private accreditate

<b>3.4.8 Rischio clinico</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Avvio di azioni di miglioramento sulla base delle criticità dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015	Definizione di un piano di intervento per almeno 1 delle criticità individuate nell'ambito dell'indagine
Attività del gruppo regionale "Lesioni da pressione"	Prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno, esecuzione di un'indagine di incidenza
Formazione operatori in tema qualità delle cure e sicurezza paziente	Continua attività iniziata nel 2015, rivolta a tutto il personale sanitario delle 2 aziende sulla cultura

	della sicurezza dei pazienti
--	------------------------------

**3.4.8 Rischio clinico****Compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, con particolare attenzione**

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi raccomandazione ministeriale</li> <li>- Elaborazione procedura integrata AOUUD - AAS 4 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori</li> <li>- Implementazione di azioni specifiche nelle aree aziendali a maggior criticità</li> </ul>
Prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione dell'aderenza dell'attuale procedura aziendale alla raccomandazione ministeriale ed eventuale integrazione di contenuti</li> <li>- Omogeneizzazione delle attività (procedure condivise) e monitoraggio dell'implementazione in ambito ospedaliero e territoriale</li> </ul>

**3.4.8 Rischio clinico****Sicurezza del farmaco**

Mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (attraverso indicatori e strumenti già in essere con un ulteriore focus sulle persone con 80 anni o più)	Proseguire il monitoraggio della polifarmacoterapia per persone over 65 e over 80 (almeno 2 rilevazioni)
Riduzione dei rischi da interazione più frequenti così come emerso dalle sorveglianze regionali effettuate	Adottare interventi mirati alla riduzione del rischio da interazione (corsi di formazione, uso di software, riconciliazione terapeutica)
Sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali	Implementazione e monitoraggio in almeno 2 setting ospedalieri e 2 territoriali
Predisposizione e diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG	Predisposizione ed invio (a cura della Farmacia territoriale sulla base delle indicazioni regionali) dei report per MMG a cadenza almeno annuale

**3.4.8 Rischio clinico****Adozione delle misure di "antimicrobial stewardship"**

Valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali	Survey su cartelle di pazienti da estrarre nell'ambito del campione di cartelle per gli indicatori di governo clinico
Adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche	Diffusione e monitoraggio applicazione procedure regionali, opuscolo riassuntivo su utilizzo antibiotici,

	politica aziendale per uso corretto cefalosporine e fluorchinolonici
Diffusione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici	Predisposizione a cura delle Farmacie dei report per medici prescrittori a cadenza almeno annuale (vedi anche linea 3.2.15)

### 3.4.8 Rischio clinico

#### Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio

Messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione"	Implementazione a tutte le strutture del modello su G2 già sperimentato presso alcune strutture
Predisposizione e diffusione di materiali informativi destinati ai cittadini	Definizione di un progetto aziendale per la diffusione dell'Handbook pazienti con avvio dello stesso e successivo monitoraggio

### 3.4.10 Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati

Supporto attività	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Supporto all'analisi dell'Osservatorio Ambiente Salute in relazione al progetto di monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola, condotto dalle aziende Aas1 – Aas2 – Aouts</b></li> <li>- <b>Supporto alle attività deliberate dall'Osservatorio Ambiente Salute</b></li> </ul>
-------------------	---

**3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA**

<b>3.5 Assistenza farmaceutica</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione dell'UFA (unità di allestimento dei farmaci antiblastici) AOUUD/AAS3	Nel corso del 2016 sarà definito il modello organizzativo sulla base di quanto già prodotto dal gruppo di lavoro nel corso del 2014 e, a seguito del necessario aggiornamento dello specifico applicativo da parte di INSIEL, sarà stipulato l'accordo per la gestione dell'UFA anche nel territorio dell'AAS 3 da parte dell'AOUUD.
Forte potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ ambulatoriale/ ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore).	Potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (il monitoraggio va integrato con azioni/iniziative specifiche per i medici nei diversi ambiti assistenziali). L'AOUUD assicura alle aziende la disponibilità delle informazioni relative a spesa, consumi e setting d'impiego necessarie alla piena valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate agli assistiti
Individuati di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale / ambulatoriale / ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.	Sono individuati specifici obiettivi per i prescrittori aziendali nel documento di budget-piano della prestazione
Le prescrizioni di bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale.	Quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate
In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 devono tendere ai valori target indicati.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si assicura il monitoraggio dei farmaci di Tab. 1 sottoriportata.</li> <li>- Raggiungere i target di Tabella 1, compatibilmente con le riorganizzazioni previste dal presente piano</li> <li>- Si assicura la valutazione dell'appropriatezza d'uso di antipsicotici e PPI nelle Case di Riposo in</li> </ul>

	cui è stata effettuata la revisione delle terapie.
Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata sono favoriti anche nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR..	L'AOUUD in tale ambito definisce con l'AAS4 di residenza del paziente, idonei percorsi che consentano la valutazione del rispetto di tali indicazioni
Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare deve essere inoltre garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria assicurando la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia. L'implementazione di tale attività dovrà essere assicurata in almeno il 20% delle residenze protette	<b>Si assicura la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture di AAS4. Si assicura l'implementazione delle attività di revisione delle terapie, con intervento multidisciplinare, nel 20% delle residenze protette</b>
Continua ad essere assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di 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. Dovranno inoltre trovare applicazione in ambito aziendale ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici oltre ad azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva anche modalità di erogazione vantaggiose per il SSR (es.diretta, accordi con le farmacie).	Compatibilmente con la disponibilità dei dati di prescrizione, si assicura il monitoraggio e la verifica di appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa Si assicura l'applicazione in ambito aziendale di ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, si prevedono iniziative per favorire la distribuzione diretta di ausili per diabetici e di azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva e modalità di erogazione vantaggiose (es. diretta, accordi con le farmacie). Tale obiettivo sarà perseguito in una logica di integrazione tra i servizi farmaceutici aziendali

Oviare ad eventuali carenze di medicinali nelle farmacie convenzionate	L'Azienda monitora eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza e segnala tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia secondo le modalità concordate
Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS, per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale. Inoltre, a partire dal II quadrimestre 2016, per tutte le Aziende (anche quelle non ancora servite dalla logistica centralizzata EGAS), dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive	Si assicura la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale Si garantisce il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive (a partire dal II quadrimestre 2016)
Sono promosse le iniziative di farmacovigilanza anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza è opportuno che per ogni struttura/reparto venga individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica	Si assicura la partecipazione alle attività regionali di farmacovigilanza E' individuato almeno un referente per dipartimento
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. In riferimento a tale indicazione l'erogazione	Si assicura l'erogazione dei farmaci soggetti a registro AIFA e l'appropriatezza d'uso nel rispetto delle indicazioni prefissate, con compilazione di tutti i dati richiesti dal registro al fine di consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing Si assicura il controllo dei Piani Terapeutici e il rispetto delle note AIFA per tali medicinali.

<p>dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Va inoltre assicurato, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA</p>	
<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti</p>	<p>E' assicurata l'implementazione dei campi della cartella oncologica per il 95% dei pazienti</p>
<p>Le Aziende sanitarie assicurano: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura</p>	<p>E' assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. E' garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) Il codice targatura è inserito a sistema per la distribuzione diretta in modalità PSM</p>
<p>La Aziende al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta implementano, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito</p>	<p>I dati identificativi dell'assistito sono inseriti nel sistema informativo</p>

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS)

	% media FVG (gen-set 2015)	Target nazionale a cui tendere %
Classe C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI	82,39%	92,30%
Classe C09DA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI	78,05%	99,30%
Classe C10AA - INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	78,22%	85,90%
Classe G04CB - INIBITORI DELLA TESTOSTERONE 5- ALFA REDUTTASI	32,40%	43,90%
Classe M05BA - BIFOSFONATI	88,16%	93,90%
Classe N03AX - ALTRI ANTIEPILETTICI	60,62%	69,10%
Classe N06AX - ALTRI ANTIDEPRESSIVI	45,13%	57,10%
Classe N02CC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI 5HT1	65,81%	69,20%
Classe S01ED SOSTANZE BETA-BLOCCANTI	32,19%	35,70%

**3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI**

<b>3.6.1 Anziani</b>	
<b>Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale	I progetti in questione sono sostenuti da un finanziamento congiunto, formato per il 50% con risorse provenienti dal FAP (di competenza del Servizio sociale dei Comuni) e per il restante 50% da risorse messe a disposizione dalle AAS territorialmente competenti, che devono essere aggiuntive e non sostitutive di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione

<b>3.6.1 Anziani</b>	
<b>Processo di riclassificazione delle residenze per anziani</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Garantire il supporto al processo di riclassificazione delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015);</li> <li>- valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2)</li> <li>- supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015)</li> </ul>

<b>3.6.1 Anziani</b>	
<b>Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani:	<p>Proseguire le attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzare almeno tre nuove visite di audit approfondite.</p> <p>Redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti</p>

Sistemi informativi	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
Sistema di VMD Val.Graf.-FVG	Valutare, 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. La valutazione deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti

**3.6.1 Anziani****Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Esercitare la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità.	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza

**3.6.2 Minori****Progetto Affidò**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Attuazione della DGR 1115/2015	Ricomposizione del gruppo affidò - adozioni aziendale Definizione di protocolli operativi con gli ambiti per la promozione e attuazione dell'affidò

**3.6.2 Minori****Progetto Adozioni**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione al tavolo di lavoro per la revisione sul protocollo delle adozioni internazionali e nazionali.	E' garantita la partecipazione dei referenti dei Consulenti familiari

<b>3.6.3 Piani di zona</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per il 2016 è prevista una continuità della pianificazione locale e il rinnovo dell' "atto di intesa" da parte delle Aziende congiuntamente ai Servizi Sociali dei Comuni	Adozione dei PAA integrati sociosanitari 2016

**3.7 SISTEMA INFORMATIVO**

<b>3.7.1 Sistema informativo</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzo della firma digitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicativi gestionali del G2 Clinico &gt; 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera</li> <li>- Laboratorio e microbiologia &gt;98%</li> <li>- Anatomia patologica &gt; 98%</li> <li>- Radiologia &gt; 98%</li> </ul> Per <ul style="list-style-type: none"> <li>- ECG &gt; 80%, se viene attivato il sistema di presa in carico dei tracciati firmati digitalmente dal sistema di conservazione sostitutiva regionale</li> <li>- Medicina trasfusionale &gt; 98%, se viene attivata la firma digitale su EMONET</li> </ul>
Attivazione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) al Pronto Soccorso Pediatrico	Il sistema è attivo
Obiettivo aziendale <b>Ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale</b>	<b>Risultato atteso</b> <b>Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica</b>

<b>3.7.2 PACS</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<b>PACS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico e collaborazione per la definizione delle specifiche di estensione della funzione PACS all'endoscopia digestiva;</b></li> <li><b>b. implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy sulla base di indicazioni regionali;</b></li> <li><b>c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per</b></li> </ul>

	<b>l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri, sulla base di indicazioni regionali</b>
--	---

**3.8 FUNZIONI INTEGRATE CLINICO ASSISTENZIALI E GESTIONALI**

<b>3.8.1 Funzioni integrate clinico assistenziali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Completamento del processo di riorganizzazione della rete delle cure palliative mediante progressiva integrazione dei nodi della rete	Adozione di percorsi omogenei per l'utenza relativamente a dimissioni e prese in carico territoriali.
Adozione delle procedure operative in coerenza a quanto previsto dal documento aziendale prodotto dallo specifico gruppo tecnico AOUUD – AAS4 nel novembre 2015 anche in coerenza con i documenti di indirizzo regionale sull'assistenza Integrata alla Persona con Diabete	Attuazione delle principali azioni previste dal documento aziendale sulle dimissioni protette del paziente fragile: <ul style="list-style-type: none"> <li>- costituzione team interaziendale</li> <li>- identificazione di un caregiver a domicilio</li> <li>- attivazione di un modello di day service ricompreso nella funzione CAP- AFT</li> </ul> <p>Vedi anche Progetto Diabete linea 3.3.2</p>
Revisione delle percorsi di cura e riabilitazione sulla base dell'analisi 2015 dei contesti di presa in carico e trattamento riabilitativo più appropriati, evitando sovrapposizioni di attività tra le strutture dell'AOUUD e le strutture dell'IMFR Gervasutta	Definizione, ed attuazione delle relative modalità operative ospedaliere e territoriali, di un percorso integrato e condiviso di presa in carico delle persone con diverse tipologie di disabilità ricoverate in acuzie di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riabilitazione generale</li> <li>- Riabilitazione cardiovascolare</li> <li>- Riabilitazione pneumologica</li> </ul>
Revisione e implementazione del modello per la presa in carico del paziente anziano fragile sperimentato nei Distretti di Udine e Cividale	Revisione delle procedure orientate alla continuità di cura, delle procedure di segnalazione, valutazione e presa in carico per setting assistenziali appropriati
Progetto Geriatria: coordinamento attraverso i percorsi di promozione della salute dell'anziano e della continuità assistenziale tra cure ospedaliere e domiciliari per l'anziano fragile	Garantire la presenza del geriatra nelle valutazioni multidimensionali del paziente anziano fragile nei diversi setting assistenziali.
Revisione del modello dell'offerta oculistica specialistica territoriale riorganizzando gli ambulatori territoriali verso la specialistica di primo livello, riconducendo progressivamente all'AOUUD le agende indirizzate	Articolazione delle agende CUP per tutta la specialistica della branca garantendo il primo livello sul territorio
Ridefinita l'organizzazione degli ambulatori territoriali di Cardiologia	Applicazione del modello previsto relativamente a logistica e organizzazione dell'offerta nei distretti di Udine e Cividale

	Attivazione di un presidio di prevenzione cardiovascolare presso la sede di Cividale. (Da implementare coerentemente alle risorse disponibili)
Estensione dell'offerta urologica e andrologica nei distretti	Aumento dell'offerta presso il Distretto di Cividale e di Tarcento.
Completamento della presa in carico e riorganizzazione della funzione di dialisi per i requisiti organizzativi dei CAD di Cividale e della C.d.C Città di Udine	Presa in carico completata
Sviluppare, nell'ambito del presidio ospedaliero per la salute di Cividale, una collaborazione tra AAS4, AOUUD e la scuola di specializzazione in Geriatria dell'Università di Udine, riguardante l'attività di geriatria territoriale	Sperimentazione di modalità innovative di gestione extra-ospedaliera (degenze intermedie, attività ambulatoriali e assistenza domiciliare) del paziente anziano fragile

### 3.8.2 Funzioni integrate gestionali

Obiettivo	Risultato atteso
<p>Avvio dell'integrazione di alcuni processi relativi alle seguenti funzioni amministrative e sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affari generali</li> <li>- Affari legali</li> <li>- Gestione risorse umane</li> <li>- Gestione amministrativa del personale e delle strutture convenzionate</li> <li>- Gestione amministrativa delle attività in libera professione</li> <li>- Attività economico finanziaria e fiscale</li> <li>- Medicina Legale</li> <li>- Farmacia aziendale.</li> </ul>	Predisposizione di proposte di regolamenti aziendali con criteri di omogeneità e coerenza, per ognuna delle funzioni
<p>Avvio dell'integrazione di alcuni processi relativi alle seguenti funzioni sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione prestazioni sanitarie (CUP)</li> <li>- Servizio delle professioni sanitarie</li> </ul>	Avvio del percorso di unificazione tra AAS4 e AOUUD per ciascuna funzione che porti a individuare una responsabilità complessiva unica interaziendale

### 3.9 LA DIDATTICA E LA RICERCA

#### 3.9.1 La didattica e la ricerca

In prosecuzione di quanto già avviato nel 2015, sono previsti per il 2016 alcuni obiettivi aziendali importanti sia nel senso dello sviluppo delle funzioni proprie dell'Università, sia nel senso di una migliore integrazione tra le componenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e della futura Azienda Sanitaria Universitaria Integrata. In linea generale durante il percorso della programmazione attuativa, saranno concordati con le strutture aziendali anche obiettivi riguardanti didattica e/o ricerca da inserire nella negoziazione di budget.

##### Didattica

Definire e garantire per le Scuole di Specializzazione, il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed i Corsi di Laurea Sanitaria standard finalizzati all'apprendimento delle abilità pratiche, tirocini, Tesi di Laurea, frequenza a vario titolo, in particolare la disponibilità di:

- a. risorse umane (sia tra il personale Dirigente che del Comparto secondo gli standard richiesti dalle normative nazionali MIUR e JCI);
- b. materiali (spazi, spogliatoi, attrezzature, etc.) al supporto della didattica e accesso a strumentazioni e casistiche e spazi di supporto;
- c. formazione sulla qualità e sicurezza per gli studenti frequentanti l'AOUUD ed in particolare per i medici in formazione specialistica.

Indicatori:

- aumento del numero di tutor di estrazione ospedaliera;
- estensione del processo di selezione e valutazione ad un maggior numero di strutture aziendali
- numero di persone formate sul totale delle persone da formare.
- partendo dall'esperienza del modello già avviato nel Dipartimento Chirurgico per i medici in formazione specialistica di Chirurgia Generale, predisporre modalità dipartimentali di integrazione delle attività assistenziali a scopo formativo per altre due scuole di specializzazione, che saranno proposte dal Collegio di Direzione.

##### Ricerca

L'Azienda Ospedaliero Universitaria e, in futuro, la costituenda Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, si impegna a identificare nel nuovo Atto Aziendale un assetto organizzativo in grado di garantire il supporto ai ricercatori senza oneri per il SSR (es. presenza di data manager, manager amministrativi per la rendicontazione tempestiva dei progetti, ecc.) e di mettere a punto un modello tecnico amministrativo per:

- a. garantire la sistematica informazione sui diversi bandi di ricerca regionali, nazionali ed internazionali pubblici e privati a tutte le strutture potenzialmente interessate dell'azienda;
- b. promuovere il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali e del maggior numero di professionisti in attività di ricerca nei diversi campi di interesse, assumendo come indicatori :
  - il numero di domande di partecipazione a bandi di ricerca competitivi
  - il numero di protocolli di ricerca attivi nel corso dell'anno (superiore all'anno precedente),
  - il numero di protocolli di ricerca spontanei (superiore all'anno precedente) ,
  - il numero di pazienti ricoverati inseriti in protocolli di ricerca sul totale dei ricoverati;
- c. ed inoltre per

- supportare le fasi preparatorie per lo svolgimento delle attività di ricerca clinica al fine di incrementare significativamente la competitività dell'AOUUD e quindi il numero di trials e sperimentazioni;
- la gestione sinergica dei progetti di ricerca tra le strutture aziendali a componente universitaria ed i dipartimenti universitari dell'area biomedica;
- d. garantire la tempestiva informazione (anche sul sito web aziendale) sui trial clinici in essere ed in programma presso le strutture dell'azienda così da garantire a pazienti e cittadini potenzialmente interessate facilità di accesso ai team di ricerca.
- e. predisporre una reportistica ad uso interno su base almeno semestrale per rendere nota la situazione dei protocolli attivi;
- f. verificare la funzionalità del regolamento già attivato nel 2015 per consentire l'accesso alle varie strutture dell'AOUUD al personale universitario non strutturato (Professori e Ricercatori, anche quelli a tempo determinato senza compiti assistenziali, Dottorandi, Assegnisti, Borsisti e altre tipologie di Frequentatori) e proporre gli eventuali correttivi.

Indicatore:

- aumento del numero di sperimentazioni cliniche sponsorizzate e spontanee rispetto al 2015.

In corso d'anno dovranno stabilirsi le modalità di monitoraggio dei processi in corso e in conclusione d'anno dovrà essere prodotta una relazione annuale sull'andamento degli obiettivi definiti. Il Collegio di Direzione stabilirà le modalità del monitoraggio, i criteri dello stesso e valuterà la relazione finale, redatta da tre professionisti incaricati dal Collegio stesso.

**3.10 ALTRE PROGETTUALITA' AZIENDALI**

<b>3.10.1 Riorganizzazione attività cliniche</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Realizzazione dell'unità senologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione referente di progetto entro 31-3</li> <li>- Definizione del piano di riorganizzazione con cronoprogramma di attuazione, coerente con il documento della Conferenza Stato regioni 14/12/2014, entro il 30-6-2016.</li> <li>- Avvio del percorso di attuazione da completarsi entro il 31-12-2016</li> </ul>
Riorganizzazione della chirurgia d'urgenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione referente di progetto entro 31-3</li> <li>- Definizione del piano di realizzazione con cronoprogramma di attuazione entro il 30-6-2016</li> <li>- Avvio del percorso di attuazione da completarsi entro il 31-12-2016</li> </ul>
Attivazione di posti letto dedicati all'epatologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione referente di progetto entro 29.2</li> <li>- Attivazione, in via transitoria, dei pl anche in sede diversa da quella definitiva entro il 31-3</li> <li>- Definizione del piano di realizzazione della struttura autonoma di epatologia con cronoprogramma di attuazione entro il 30-6-2016.</li> <li>- Avvio del percorso di attuazione da completarsi entro il 31-12-2016</li> </ul>

<b>3.10.2 Adozione di interventi per la gestione dell'invecchiamento della popolazione assistenziale - Progetto Age Management (secondo anno)</b>	
Obiettivo	Risultato Atteso
Fornire supporto emotivo agli operatori nelle aree a rischio	Realizzazione di meeting condotti da psicologi dell'azienda per la gestione dell'impatto emotivo negli operatori di aree definite.
Standardizzazione delle modalità di richiesta e refertazione della consulenza infermieristica	Applicazione di istruzioni operative e strumenti per l'erogazione di consulenza infermieristica.
Formalizzare i ruoli degli specialisti del comparto	Definizione delle <i>Job Description</i> dei professionisti - ruoli di <i>specialist</i> clinici e di referenti organizzativi.
Definizione dei <i>range</i> di pazienti assistiti dal team/volumi di prestazioni erogate in area tecnica	Sperimentazione in aree pilota dei range definiti (operatori/pazienti in area assistenziale e operatori/prestazioni in area tecnica).
Aumento della flessibilità organizzativa nella gestione di orari di lavoro/turnistica	Revisione dei regolamenti relativi agli orari di lavoro con introduzione dell'orario flessibile e

	individuazione dei criteri di gestione delle pause lavorative.
Acquisizione /aggiornamento delle competenze del personale con metodologia innovativa	Attivazione di percorso/i di formazione in videoteca per la Piattaforma dei Blocchi Operatori.
Garantire competenze negli avvicendamenti dei quadri intermedi	Risultano descritti i criteri per l'avvicendamento dei ruoli di coordinamento/direzione e degli <i>specialist</i> .
Promozione di programmi di benessere fisico degli operatori	Proposta di programmi legati al benessere/adozione di comportamenti sani per il personale.

### 3.10.3 Trasferimento delle informazioni clinico assistenziali per la continuità delle cure (handover)

Obiettivo	Risultato Atteso
Introduzione nella pratica lavorativa della politica aziendale "Trasferimento delle informazioni clinico assistenziali per la continuità delle cure (handover)"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione delle istruzioni operative, specifiche per i diversi contesti individuati nella politica aziendale, entro giugno 2016</li> <li>- In almeno l'80% dei contesti individuati le istruzioni operative sono applicate correttamente</li> </ul>

### 3.10.4 Sistema informativo

Obiettivo	Risultato Atteso
Individuazione e declinazione di un sistema uniforme per la Gestione Pazienti Dializzati	La soluzione è individuata
Uniformazione di un sistema di refertazione ECG tra AOUUD /AAS4	La soluzione è stata attivata
Realizzare lo studio per l'implementazione di un sistema unico di Telefonia VoIP	Lo studio è stato prodotto
Sviluppo dell'interfacciamento della Piattaforma per la formazione online (Moodle) con il sistema G-FOR	Interfacciamento implementato

## Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 "Friuli Centrale"

(Decreto del CS n. 320 dd. 30/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)

Rilievo Aziendale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA	Aree Verdi
	IMFR Gervasutta - Fornitura e posa in opera nuovo addolcitore centrale termica	31,5		31,5	
	Manutenzione straordinaria n. 2 impianti elevatori installati presso edifici ad uso amministrativo Azienda e SERT	50,7		50,7	
	Via Pozzuolo - Fornitura e posa in opera nuovo generatore di calore presso centrale termica a servizio edifici ubicati nel comprensorio edilizio	55,1		55,1	
	Interventi per la riorganizzazione dei CAP da realizzarsi presso il Distretto di Tarcento	227,0		227,0	
	Progetto recupero serre	20,0			20,0
	Progetto laboratorio area DSM	20,0			20,0
	Intervento di ampliamento sede Distretto di Tarcento (quota integrativa)	512,7		512,7	
<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>917,0</b>	-	<b>877,0</b>	<b>40,0</b>	
<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>917,0</b>	-	<b>877,0</b>	-	<b>40,0</b>

Rilievo Regionale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali	
	Realizzazione di una struttura sanitaria di accoglienza del DSM di Udine per il superamento degli OPG (REMS)	593,9				593,9
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo regionale</b>	<b>593,9</b>	-	-	-	<b>593,9</b>
<b>B) Totale rilievo regionale</b>	<b>593,9</b>	-	-	-	<b>593,9</b>	

<b>Importo totale del piano degli investimenti (A+B)</b>	<b>1.510,9</b>
di cui:	
<b>Interventi edili e impiantistici</b>	<b>1.510,9</b>
<b>Beni mobili e tecnologie</b>	-

## Copertura finanziaria del piano degli investimenti

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali</b>	<b>593,9</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>877,0</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	-
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	<b>40,0</b>
<b>Risorse proprie</b>	-
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	
Utili di esercizi precedenti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	
Altro	

Totale: 1.510,9

<b>Disponibilità complessiva:</b>	<b>1.510,9</b>
-----------------------------------	----------------

# Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"

## 3. LE PROGETTUALITA'

### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

<b>3.1.1 Atto aziendale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Atto aziendale	Avvio del percorso attuativo dell'atto aziendale.

<b>3.1.2 Progetti di riorganizzazione delle funzioni</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	E' avviato il percorso di ridefinizione dei posti letto presso i presidi ospedalieri in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti.

**DOTAZIONE POSTI LETTO****Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli**

Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli di Pordenone (compresa la sede di Sacile)	Posti letto al 31/12/2015			Posti letto al 31/12/2016			
	Ordinari	Day Hosp.	Totale	Ordinari	Day Hosp.	Totale	delta 2016-2015
Cardiologia	32	2	34	32	2	34	0
Dermatologia	1	1	2		1	1	-1
D.H. Dipartimentale	0	3	3	0	1	1	-2
Endocrinologia e malattie del metabolismo	0	2	2	0	1	1	-1
Medicina interna 1	49	7	56	49	4	53	-3
Medicina interna 2	49	4	53	49	4	53	0
Degenza breve internistica	Funzione assicurata dalla medicina d'urgenza			4		4	4
Gastroenterologia				2	2	4	4
Medicina interna Sacile	10	1	11	0	0	0	-11
Post Acuti Sacile	19	0	19	0		0	-19
Nefrologia e dialisi	11	4	15	11	2	13	-2
Neurologia	31	2	33	31	2	33	0
Pneumologia	23	2	25	23	1	24	-1
Psichiatria	15	0	15	15	0	15	0
<b>TOTALE</b>	<b>240</b>	<b>28</b>	<b>268</b>	<b>216</b>	<b>20</b>	<b>236</b>	<b>-32</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>230</b>	<b>16</b>	<b>246</b>	
Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	13	0	13	10	0	10	-3
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>10</b>		<b>10</b>	
Riabilitazione	15	0	15	15	4	19	4
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>36*</b>	<b>4</b>	<b>40</b>	
Ostetricia e ginecologia	42	4	46	40	2	42	-4
Pediatria	10	4	14	10	4	14	0
<b>TOTALE</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>56</b>	<b>-4</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>50</b>	<b>6</b>	<b>56</b>	
Chirurgia della mano	13	7	20	6	5	11	-9
Chirurgia maxillo-facciale e odontostomatologia	3	2	5	2	2	4	-1
Chirurgia Generale 1	35	2	37	31	2	33	-4
Chirurgia Generale 2	36	3	39	31	2	33	-6
Chirurgia vascolare				2	1	3	3
Oculistica	4	3	7	3	3	6	-1
Ortopedia e traumatologia	33	1	34	26	1	27	-7
Otorinolaringoiatria	20	2	22	15	1	16	-6
Urologia	20	2	22	18	1	19	-3
<b>TOTALE</b>	<b>164</b>	<b>22</b>	<b>186</b>	<b>134</b>	<b>18**</b>	<b>152</b>	<b>-34</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>130</b>	<b>16</b>	<b>146</b>	
Anestesia e rianimazione	10	0	10	10	0	10	0
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	
TOT. Pordenone	494	58	552	435	48	483	-69
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>466</b>	<b>42</b>	<b>508</b>	

**Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo**

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2015			Posti letto al 31/12/2016			
	Ordinari	Day Hosp.	TOTALE	Ordinari	Day Hosp.	TOTALE	delta 2016-2015
Medicina interna San Vito	44	4	48	44	4	48	0
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35	34	1	35	0
Post Acuti San Vito	6		6	6		6	0
<b>TOTALE</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>89</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>89</b>	<b>0</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>90</b>	<b>8</b>	<b>98</b>	

Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza San Vito							
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	

Riabilitazione Spilimbergo	4	1	5	4	1	5	0
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>24</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	

Ostetricia e ginecologia San Vito	24	6	30	22	2	24	-6
Pediatria San Vito	7	2	9	6	2	8	-1
<b>TOTALE</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	<b>-7</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>28</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	

Chirurgia Generale San Vito	32	2	34	20	2	22	-12
Chirurgia Generale Spilimbergo	17	3	20	14	2	16	-4
Ortopedia e traumatologia San Vito	30	2	32	22	2	24	-8
Ortopedia e traumatologia Spilimbergo	17	3	20	10	2	12	-8
Otorinolaringoiatria San Vito	6	1	7	5	1	6	-1
<b>TOTALE</b>	<b>102</b>	<b>11</b>	<b>113</b>	<b>71</b>	<b>9</b>	<b>80</b>	<b>-33</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>66</b>	<b>8</b>	<b>74</b>	

Anestesia e rianimazione San Vito	5	1	6	5	0	5	-1
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	

<b>TOT. San Vito- Spilimbergo</b>	<b>226</b>	<b>26</b>	<b>252</b>	<b>192</b>	<b>19</b>	<b>211</b>	<b>-41</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>216</b>	<b>24</b>	<b>240</b>	

postì letto territorio	Posti letto al 31/12/2015	Posti letto al 31/12/2016	DGR 2673 /14
OSPEDALE DI PROSSIMITA' - MANIAGO	30	30	
R.S.A. - AZZANO DECIMO	25	25	
R.S.A. - PORDENONE	18	18	
R.S.A. - ROVEREDO	24	24	
R.S.A. - S. VITO AL TAGLIAMENTO	26	26	
R.S.A. - SACILE	28	28	
SIP - SACILE		30	
<b>totale RSA e strutture intermedie</b>	<b>151</b>	<b>181</b>	<b>223</b>
Hospice San Vito	10	10	
<b>totale Hospice</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
CSM H 24	22	22	31
alcoologia	0	0	6
SUAP	0	0	14

<b>3.1.2 Progetti di riorganizzazione delle funzioni</b>	
Obiettivo aziendale Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	Risultato atteso Organizzazione e gestione quali-quantitativa delle attività di Anatomia Patologica di ambito oncologico sono integrate tra CRO e AAS5 <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Cardiologia-oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita ad AAS5 <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
Trasferimento della funzione di MEDICINA NUCLEARE	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Medicina Nucleare presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO <u>entro dicembre 2016 sulla base di specifico documento.</u>
Integrazione delle funzioni di LABORATORIO ANALISI, MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	<b>Entro giugno 2016:</b> <b>Centro hub nel presidio ospedaliero di Pordenone, Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento e all'IRCCS "Cro" di Aviano (limitatamente all'attività di base) e Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile, tenendo conto dell'integrazione delle specifiche funzioni tra CRO e AAS5</b>

<b>3.1.2 Progetti di riorganizzazione delle funzioni</b>	
<b>Funzioni da attivare</b>	
Obiettivo aziendale Reumatologia	Risultato atteso a) Attivazione <u>entro il 30 giugno 2016</u> del servizio di Reumatologia presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone; b) presenza di almeno un medico reumatologo nelle medicine interne dei presidi ospedalieri spoke; c) evidenza dell'attività ambulatoriale di reumatologia (specifico codice per visite e controlli) presso i nodi della rete.

<p>Obiettivo aziendale Malattie Infettive</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a) Attivazione <u>entro il 30 settembre 2016</u> del servizio di malattie infettive presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone;</p> <p>b) Evidenza di una collaborazione del presidio ospedaliero di Pordenone per garantire le funzioni di infettivologia presso gli stabilimenti ospedalieri di San Vito/Spilimbergo.</p>
<p>Obiettivo aziendale Area Veterinaria</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Completamento entro il 30 settembre dell'assetto organizzativo delle aree A, B, e C, secondo la DGR 929/2015</b></p>

### 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

### 3.1.4 Piano Emergenza urgenza

<p>Obiettivo aziendale Avvio delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuazione della riconversione del PS di Sacile in Punto di primo intervento <u>entro il 31 marzo 2016</u>;</li> <li>- Assicurare la presenza dell'ambulanza per la stagione invernale a Piancavallo</li> <li>- <b>Messa a norma delle piazzole eli-superficie ospedaliere per Pordenone, San Vito, Spilimbergo</b></li> <li>- <b>Adeguamento della dotazione di ambulanze ed automedica a quanto previsto dal Piano emergenza Urgenza</b></li> <li>- <b>Partecipazione ai tavoli tecnico relativi alle attività previste per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</b></li> </ul>
---	--

### 3.1.5 Piano Sangue

<p>Obiettivo aziendale Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede ospedaliera di Palmanova.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Sangue ed eventuale riorganizzazione organizzativa per la costituzione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti</p>
--	---

	presso la sede di Palmanova.
--	------------------------------

### 3.1.6 Piano Oncologico

Obiettivo aziendale Adozione del nuovo Piano Oncologico	Risultato atteso Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico. Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.
--	---

### 3.1.7 Piano della Riabilitazione

Obiettivo aziendale Adozione del nuovo Piano della Riabilitazione	Risultato atteso Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano della Riabilitazione. Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.
--	---

### 3.1.8 Piano della Salute Mentale

Obiettivo aziendale Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Risultato atteso Collaborazione con la DCS per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.
--	--

### 3.1.9 Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia

Obiettivo aziendale Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Risultato atteso <b>Entro giugno 2016:</b> <b>Centro hub nel presidio ospedaliero di Pordenone, Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento e all'IRCCS "Cro" di Aviano (limitatamente all'attività di base) e Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile, tenendo conto dell'integrazione delle specifiche funzioni tra CRO e AAS5</b>
---	--

**3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.2. Promozione della salute e prevenzione</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativo contatto.</p>

<b>3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Adozione di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Adozione, entro il 2016, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.</p>
<p>Organizzazione di almeno un corso residenziale su valutazione del rischio cardiovascolare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della realizzazione di un corso di formazione residenziale.</li> <li>- Evidenza della formazione di almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria.</li> </ul>
<p>Partecipare al gruppo di lavoro regionale inter-professionale (psichiatri, pediatri, MMG, operatori della salute mentale, anche dell'età evolutiva, e del distretto) per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi; avviare la formazione di MMG e PLS.</p>	<p><b>Documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS</b></p>

<b>3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella e al 70% per il carcinoma del colon retto</b></p>

<p>Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".</p>	<p>Evidenza di un documento di riorganizzazione dell'attività senologica in collaborazione con CRO</p>
<p>Collaborare alla definizione di un protocollo regionale per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.</p>	<p>Partecipazione alla definizione di un protocollo concordato <b>con le altre aziende e invio alla DCS per l'adozione formale</b></p>
<p>Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>Evidenza della garanzia della lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>
<p>Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<p>Mantenimento delle attività di screening della mammella con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</li> <li>- percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
<p>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Evidenza della completezza di compilazione della cartella endoscopica nel <math>\geq 95\%</math> dei casi.</p>
<p>Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della realizzazione di almeno un evento, dedicato agli MMG, a catalogo ECM nel biennio 2015-2016</li> <li>- Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</li> </ul>
<p>Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.</p>	<p>Mantenimento delle attuali modalità operative per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (a valle delle lettere inesitate)</p>

Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento.	Mantenimento dell'attività gestita a Call Center
--	--

### 3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire la partecipazione ai lavori</li> <li>- Collaborare alle attività propedeutiche all'adozione della procedura regionale, per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico, in tutti i punti nascita.</li> </ul> <p><b>- Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita</b></p>
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Report di monitoraggio del programma regionale

### 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello what's up, raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza delle attività di promozione della salute nelle scuole (almeno il 40% degli istituti).</p> <p>Trasmissione report di attività alla DCS (al 31.12.2016)</p>
Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	<p>Evidenza delle attività realizzate sia per quanto attiene gli stili di vita dei giovani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool etc.) che i livelli di sicurezza negli ambienti di lavoro</p> <p>Evidenza dei livelli di coordinamento assicurati</p>
Dotazione di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio	Evidenza del modello organizzativo adottato
Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)

<b>3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Realizzazione di un corso di formazione rivolto a MMG, PLS, medici ospedalieri</p>

<b>3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti</p>
<p>Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio</p>	<p>Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda</p>

<b>3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzare una mappatura degli stakeholders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della mappatura (lista di enti, iniziative con persona di riferimento e contatti) da trasmettere alla DCS</p>

<b>3.2.8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Evidenza delle attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma "prevenzione degli incidenti domestici".</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza del report sulle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS</p>
<p>Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni</p>	<p>Evidenza della realizzazione di almeno un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni</p>
<p>Tutti i Pronto soccorso: eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in</p>	<p>La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in tutti i Pronto</p>

ambiente domestico.	Soccorso
---------------------	----------

### 3.2.9 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)

Obiettivo aziendale SPSAL: Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Risultato atteso Report congiunto di attività alla DCS
SPSAL: Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Partecipare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	<b>Proposta di linee guida regionali</b>
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Almeno 8 auditor ufficiali formati <b>- 10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)</b>
Individuare un'azienda referente per la realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	L'Azienda si rende disponibile a realizzare il corso anche a valenza regionale.
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Operatori formati sulle tecniche di audit (almeno 3), realizzata la scheda di audit, programmazione di audit <b>da svolgersi nel 2016</b>
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

### 3.2.10 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)

Obiettivo aziendale Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	Risultato atteso <b>- 5% delle aziende vigilate</b> Agricoltura: 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti/aziende agricole selezionati in base ai criteri individuati dal Gruppo
--	---

	Regionale Agricoltura. <b>Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in atto negli ultimi 5 anni – (pag 85)</b> Trasmissione report di attività alla DCS
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di soggetti formati suddivisi per categoria

### 3.2.11 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)

Obiettivo aziendale: Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Risultato atteso: <b>2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione</b>
Realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale	Evidenza report di attività alla DCS
Redigere, adottare formalmente un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Adozione di regolamento regionale sul fumo</li> <li>- Istituzione del registro aziendale degli accertatori</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>
Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Evidenza del corso di formazione realizzato

### 3.2.12 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)

Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	<b>Report alla DCS</b>
---	------------------------

<b>3.2.12 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
Alimentare le banche dati INFORMO e MALPROF e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Alimentazione strutturata delle basi dati INFORMO e MALPROF (se reso operativo) Report congiunto di attività inviato alla DCS
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	<b>Dati inviati alla DCS</b>
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	<b>Il 25% delle verifiche effettuate da ogni azienda è inserito a data base</b>
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004	<b>100% delle anagrafiche inserite</b>

<b>3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)</b>	
Il "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, definisce protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.	In coerenza con i risultati dell'indagine effettuata nel corso del 2015, redigere un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale.
Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.	Evidenza della partecipazione al tavolo tecnico VIS
Relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione / ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon, dovranno essere realizzate in collaborazione con ARPA	L'Azienda si propone quale livello di coordinamento regionale anche per la realizzazione con ARPA di evento formativo per progettisti e uno per operatori.

**3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)**

iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.	
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, di almeno 1.	Evidenza della realizzazione di almeno 1 controllo
Sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH: si provvede a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una ASS capofila per l'organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP	Collaborazione alla realizzazione dell'evento formativo coordinato dal gruppo regionale su fitofarmaci e sui cosmetici
Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM. Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	Assolvimento del debito informativo per: - schede ReNaM trasmesse (registro mesotelioma) - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS.
Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare dopo condivisione della documentazione di riferimento programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione.	- Partecipazione alle attività formative con 2 operatori. <b>- Report alla DCS con numero di operatori formati</b>

**3.2.14 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)**

Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere).	Evidenza della attività formativa.
Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee	Definizione del modello organizzativo aziendale tra Dipartimento di Prevenzione e Direzioni Mediche ospedaliere

<b>3.2.14 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>	
regionali aggiornate dal tavolo regionale	
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Sul sito internet aziendale sono già disponibili le informazioni per il test HIV.
Partecipare ai gruppi di lavoro regionali finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.	- Miglioramento delle coperture vaccinali per le categorie a rischio per patologia (incremento vaccinazione anti-influenzale: dato anno 2014= 11,9%) - Mantenimento del report aziendale inviato alla DCS
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Trasmissione dei dati alla DCS degli indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	<b>Evento formativo realizzato</b>
Partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	-Evidenza della partecipazione ai lavori di predisposizione delle Linee Guida. <b>- adozione formale delle linee guida regionali</b>
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano

<b>3.2.15 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone	Evidenza dell'invio di report

<b>3.2.15 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	
Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers...) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	<b>Realizzato un intervento formativo /informativo</b>
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

<b>3.2.16 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo.	- Evidenza della costituzione del gruppo aziendale <b>- Individuazione referente</b> <b>- Adozione formale del piano</b>
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF	Evidenza del report di autovalutazione
Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Collaborare alla realizzazione del censimento.
Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	<b>Dati inseriti o in subordinate report alla DRS</b>
Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in	<b>Evento realizzato</b>

**3.2.16 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)**

applicazione del regolamento CE 1169/2011 (etichettatura prodotti alimentari)	
---	--

**3.2.17 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale**

Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Collaborare con il livello regionale per la definizione degli obiettivi di attività di rilevanza aziendale del Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare.
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
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 2015	In attesa delle indicazioni del PRISAN sono programmate le seguenti attività (SIAN e VET. Origine Animale): - n. 800 interventi ispettivi programmati per il 2016; - n. 25 audit per settore programmati per il 2016 - n. 250 campionamenti di alimenti - n. 300 valutazioni del rischio programmate - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. Il tasso di copertura delle attività è condizionato dagli obiettivi che la DCS assegna all'Azienda in attuazione del Piano Controlli per l'anno 2016.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	-Evidenza delle attività di informazione/formazione -Evidenza di una relazione finale sulle attività realizzate
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione in coerenza a quanto previsto dal decreto ministeriale in fase di promulgazione (al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie).
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. 72 allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative	Realizzazione delle attività di controllo in coerenza con le Linee Guida in corso di definizione (anno 2015 circa 100 interventi di controllo effettuati).

deftate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Mantenimento della attività aziendale per il 3% dei controlli su base Regionale (come da LEA).
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

**3.3 ASSISTENZA PRIMARIA****3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria**

Obiettivo aziendale Attuazione del Piano aziendale dell'assistenza primaria	Risultato atteso 1. Evidenza dell'aggiornamento/revisione del Piano aziendale dell'assistenza primaria; entro 60 giorni dalle direttive regionali. 2. Progressiva attivazione delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali). 3. Avvio di almeno 2 CAP (centro assistenza primaria) entro il 31/12/2016.
--	---

**3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria partecipazione dei cittadini**

Obiettivo aziendale Avviare in maniera strutturata le forme di partecipazione dei cittadini	Risultato atteso 1. Istituire il comitato di partecipazione aziendale entro il 30 giugno 2016 2. Realizzare almeno due incontri con la cittadinanza in ciascun distretto
--	--

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Accreditamento**

Obiettivo aziendale: Programma regionale di accreditamento	Risultato atteso: - Mantenimento della messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accreditamento; - Partecipazione alle attività regionali (OTA); - Realizzazione delle attività di autovalutazione dei requisiti e alla redazione dei relativi piani di adeguamento, come da indicazioni regionali; - Attuazione del programma regionale definito per l'autorizzazione/accreditamento degli ospedali pubblici.
---	--

**3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari****Odontoiatria sociale**

Obiettivo aziendale: Odontoiatria sociale	Risultato atteso: Mantenimento dell'attività nei diversi setting (distretto, strutture protette, ospedale).
--	--

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale: Reti per le cure palliative	Risultato atteso: - Revisione modello organizzativo integrato ospedale/territorio entro il 31/12/2016. - Partecipazione ai tavoli di lavoro regionali per i percorsi clinico-assistenziali e il monitoraggio delle reti. - Monitoraggio delle attività.

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale: 1. Contenimento della fuga extraregionale per l'utilizzo delle risorse residenziali	Risultato atteso: Mantenimento della spesa complessiva per tutte le comunità terapeutiche extra regione ai valori 2015 (DSM–Dip.Dipendenze–Minori =1.500.000 euro).
2. Rivedere l'organizzazione della rete della riabilitazione psichiatrica aziendale in co-progettazione con la cooperazione sociale	Incrementare il numero degli educatori professionali nelle strutture riabilitative.
3. avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva (in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario)	Avvio delle attività di accoglienza per adolescenti con problemi in fase acuta e/o in stato di crisi.  Attivare forme di coordinamento con l'Associazione "Nostra Famiglia" e la "Fondazione Bambini e Autismo" entro maggio 2016.
4. Ridefinire obiettivi e riorganizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare	Definire entro giugno 2016 l'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare
5. sistema informativo della salute mentale	Collaborazione con la DCS per il sistema informativo della salute mentale.
6. Avviare il programma "Pordenone libera da contenzione"	Realizzare nel corso del 2016 sul tema della contenzione: l'istituzione della commissione aziendale, il programma di formazione, una survey in tutte le RSA, nelle SOC di medicina interna e in almeno il 30% delle residenze protette e progettare le azioni di miglioramento.
7. diffusione e l'applicazione del Mental	Collaborazione con la DCS per la diffusione e

Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS	l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS.
---	--

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Dipendenze

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</p> <p>Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Evidenza della partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni.</li> <li>6. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</li> <li>7. Evidenza della partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</li> <li>8. Partecipazione alle attività regionali per l'individuazione di almeno 3 indicatori di outcome.</li> </ol>
--	---

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Sanità Penitenziaria

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Sanità Penitenziaria</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza al 30 giugno 2016 del Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con la Direzione dell'istituto penitenziario, in coerenza con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale.</li> <li>2. Partecipazione a gruppi di lavoro, individuati nell'ambito dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria.</li> <li>3. Il gruppo tecnico per la prevenzione del suicidio e dei gesti autolesivi in carcere sarà attivato a seguito della definizione delle «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale».</li> </ol>
--	---

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Ospedali Psichiatrici Giudiziari

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>REMS di Maniago</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Mantenimento dell'attività.</p>
---	---

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b>	
<b>Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale Riabilitazione: progressiva applicazione degli standard previsti dalla DGR 2673/2014	Risultato atteso 1. Individuazione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale attivabili nel 2016 2. avvio di un percorso di revisione qualitativa della dotazione di personale al fine di favorire l'acquisizione di personale di riabilitazione, in particolare fisioterapisti e logopedisti
Attuare la revisione qualitativa delle RSA rispetto agli standard della DGR 2151/2015	3. Attuare entro il 30 giugno 2015 la revisione qualitativa e predisporre il piano di adeguamento anche tenendo conto della natura sperimentale della rete delle strutture intermedie di ASS5
Avviare la Struttura intermedia polifunzionale (SIP) di Sacile	4. Evidenza dell'attivazione entro 60 giorni dall'approvazione della proposta riorganizzativa da parte della DCS
Avviare la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile	5. Entro giugno 2016 è avviata in via sperimentale la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile
Consolidare i livelli dell'assistenza sanitaria e riabilitativa presso i centri residenziali e semiresidenziali per disabili	6. Attuare in tutti i centri i protocolli di cura e assistenza (medica, psichiatrica, infermieristiche e riabilitativa) redatti nel 2015 entro giugno 2016
Costruzione di una rete riabilitativa regionale a garanzia di un percorso riabilitativo unico integrato alle persone con disabilità, dopo l'adozione del Piano della riabilitazione a livello regionale	7. Definizione di un piano di riorganizzazione dell'offerta di prestazioni riabilitative in regime di ricovero, residenziale, semi-residenziale ed ambulatoriale, al fine di consentire una configurazione organizzativa delle strutture assistenziali e un sistema di governo dei processi in grado di offrire continuità di cura, equità di accesso e omogeneità di trattamento in tutto il territorio regionale entro tre mesi dalla adozione del Piano regionale della Riabilitazione e dell'assegnazione delle risorse.
Gravi cerebro-lesioni acquisite	8. Stesura di un piano di fattibilità per l'attivazione di posti letto dedicati alla riabilitazione estensiva nella rete delle residenze intermedie.
Valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare	9. Partecipazione al percorso regionale propedeutico alla valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare, nonché degli esiti del piano riabilitativo, attraverso l'adozione di strumenti validati in ambito

	nazionale/internazionale.
--	---------------------------

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Percorso nascita

Obiettivo aziendale Percorso nascita	Risultato atteso - Evidenza della partecipazione alle attività regionali - <b>predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non</b> - <b>temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani di formazione</b> - <b>implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso &gt;2500grammi</b> - <b>Attivazione guardia pediatrica h. 24 presso l'ospedale di San Vito</b>
---	---

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Diabete

Obiettivo aziendale Applicazione del piano regionale diabete	Risultato atteso Mantenimento delle attività in coerenza alle indicazioni regionali
Avvio dell'attività del retinografo presso il Distretto di San Vito	Entro marzo 2016 è avviata l'attività del retinografo presso l'ambulatorio diabetologico/oculistico

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Autismo

Obiettivo aziendale Autismo	Risultato atteso Partecipazione agli incontri regionali
--------------------------------	--

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Consultori familiari

Obiettivo aziendale Consultori familiari:	Risultato atteso <b>Collaborazione alla ricognizione dell'assetto</b>
--	--

completare la ricognizione e predisporre un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità di offerta a livello regionale	<b>organizzativo</b> .
--	---------------------------

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b> <b>Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b> Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	<b>Risultato atteso</b> <b>Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare.</b> <b>Appare opportuno specificare, per le attività che saranno implementate, anche l'afferenza delle eventuali iniziative al Piano Strategico regionale e alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario, con particolare riferimento all'area materno-infantile e di ricerca</b>

**3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI**

<b>3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
Obiettivo aziendale <u>Cuore</u>	Risultato atteso 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera cuore della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ed avvio delle attività con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale relativo ai pazienti trapiantati. 2. Mantenimento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni.
Obiettivo aziendale <u>Rene</u>	Risultato atteso 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno 1 che riguarda i pazienti trapiantati. 2. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale dei pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale (trapiantati, emodializzati, in dialisi peritoneale). <b>3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di immissione in lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati eligibili a trapianto entro 6 mesi dall'inizio della dialisi)</b>
Obiettivo aziendale <u>Fegato</u>	Risultato atteso 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno 1 che riguarda i pazienti trapiantati.
Obiettivo aziendale <u>Pancreas</u>	Risultato atteso 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera pancreas della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. 2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete, portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti.
Obiettivo aziendale <u>Polmone</u>	Risultato atteso 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera polmone della rete per

	<p>la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.</p> <p>2. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per BPCO (valore di riferimento anno 2014 =33,84)</p>
--	--

### 3.4.2. Emergenza urgenza

<p>Obiettivo aziendale</p> <p><u>Ictus</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Aumento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il tendenziale raggiungimento nel 2016 di un valore atteso (da indicazioni regionali) di 75 trombolisi.</p> <p>2. Evidenza del progressivo utilizzo della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x. 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12 2016).</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><u>Emergenze cardiologiche</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete emergenze cardiologiche con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><u>Trauma</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti..</p> <p>2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)</p> <p>2. Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore,</p>

	portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2014 del 72,02% - fonte Bersaglio)
--	---

### 3.4.3 Reti di patologia

Obiettivo aziendale Malattie rare	Risultati attesi 1. Partecipazione al tavolo regionale alla rete malattie rare con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali. <b>2. Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001</b>
Obiettivo aziendale Malattie reumatiche	Risultati attesi 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 Percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico.
Obiettivo aziendale Cure palliative e terapia del dolore	Risultati attesi 1. Utilizzo sistematico degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione. 2. Partecipazione al tavolo regionale per la riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli hospice. <b>3. Revisione della documentazione in uso e garantito l'invio mensile dei dati come da indicazioni</b> 4. Mantenimento delle attività di cure domiciliari pediatriche.

### 3.4.4. Materno-infantile

Obiettivo aziendale Linee di programmazione relative all'area materno- infantile	Risultato atteso 1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica 2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei al di sotto del 20% dei parti totali. 3. Riduzione dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20%. 4. Partecipazione al tavolo regionale per l'individuazione dell'elenco degli interventi
---	--

	chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesiológica.
--	---

### 3.4.5 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Risultato atteso - Partecipazione alle 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. I valori attesi per il 2016 sono i seguenti: a. plasma da lavorazione di sangue intero (valore 2014 +/- 2 %) b. plasma da aferesi (valore 2015 aumentato del 2%)
Obiettivo aziendale Sicurezza trasfusionale	Risultato atteso - Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.
Obiettivo aziendale Appropriatezza trasfusionale	Risultato atteso - Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inapproprietezza (superiore al 10%).
Obiettivo aziendale Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati	Risultato atteso - almeno l'80% degli ospiti dell'hospice di San Vito e dell'Ospedale di prossimità di Maniago che necessitano di una trasfusione è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale.
Obiettivo aziendale Accreditamento istituzionale	Risultato atteso - Completamento delle procedure di accreditamento come da cronoprogramma regionale.

<b>3.4.6. Erogazione livelli di assistenza</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali.</li> <li>2. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni.</li> <li>3. Mantenimento della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 giorni.</li> <li>4. Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale al di sotto del 5%.</li> </ol>

<b>3.4.7. Tempi d'attesa</b>	
<p>Obiettivo:</p> <p>Rispetto dei tempi per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D'.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Garantire il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti attraverso la struttura dell'offerta aziendale: priorità B e D in contesto ospedaliero (prevalentemente), P in ambito distrettuale (e strutture private accreditate). Dalla valutazione vanno esclusi coloro che rifiutano la prima data proposta.</p>
<p>Gestione dell'offerta complessiva con rispetto per le priorità B al <math>&gt; 95\%</math>, per la priorità D al <math>&gt; 90\%</math></p>	<p>Organizzazione delle agende in coerenza con % di accesso definite dal livello regionale (B=<math>95\%</math>; D<math>\geq 90\%</math>). Dalla valutazione vanno esclusi coloro che rifiutano la prima data proposta.</p>
<p>Rispetto dei tempi per gli interventi "traccianti"</p>	<p>Rispetto delle tempistiche e dei volumi definiti (A=<math>95\%</math>; B, C, D = <math>90\%</math>)</p>
<p>Prenotazione on line</p>	<p>Implementazione delle agende per la prenotazione "on line" nel rispetto delle indicazioni regionali.</p>
<p>Attività libero professionale</p>	<p>Assicurare adeguati livelli di monitoraggio sul rapporto tra attività istituzionale e libero professionale anche in coerenza con le priorità di "garanzia" fissate</p>

<b>3.4.8 Rischio clinico</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuazione del programma regionale di Rischio Clinico a garanzia di adeguati livelli di sicurezza omogenei sul territorio regionale in</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>- Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza al Programma Regionale di Rischio Clinico</p>

<p>continuità con le altre linee di lavoro regionali</p>	<p>- Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. alla compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza;</li> <li>b. alla sicurezza del farmaco;</li> <li>c. all'adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite;</li> <li>d. all'avvio di azioni di miglioramento a livello aziendale sulla base delle criticità dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015;</li> <li>e. alla prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione";</li> <li>f. all'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio.</li> </ul>
--	---

#### **3.4.9 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure**

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Sviluppo di un piano di lavoro aziendale per il contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Evidenza di un piano di azioni/interventi in coerenza alle indicazioni regionali.</p>
---	---

**3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA**

<b>3.5 Assistenza farmaceutica</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</li> <li>- Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenere l'attuale reportistica ed implementare il sistema aziendale di sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore).</li> <li>2. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori ospedalieri correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget.</li> <li>3. Evidenza della prescrizione di bio-similari (ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile) per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate (resta comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale).</li> <li>4. Per la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto in ambito territoriale, dovrà con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS ). Evidenza del tendenziale conseguimento dei valori di cui alla DGR 2393/2015 (tabella 2). Evidenza della valutazione dell'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto costo-efficacia.</li> <li>5. Evidenza del ricorso a gare centralizzate per i farmaci ad alto costo. Evidenza di percorsi di verifica dell'appropriatezza prescrittiva con</li> </ol>

**3.5 Assistenza farmaceutica**

particolare riferimento al versante specialistico ospedaliero.

6. Garantire la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture aziendali residenziali, semi residenziali, dell'assistenza domiciliare, assicurando la realizzazione di azioni di promozione e sostegno al programma regionale di rischio clinico in particolare per riconciliazione e poli-farmacoterapia. Evidenza

dell'implementazione delle attività di rischio clinico di cui sopra in almeno il 20% delle residenze protette.

7. Evidenza del monitoraggio sistematico delle prescrizioni di assistenza integrativa, soprattutto con riferimento ai dispositivi per diabetici. Avvio di un percorso riorganizzativo aziendale per sostenere la distribuzione diretta per l'erogazione di ausili di assistenza protesica; e prevedendo modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie) relativamente agli ausili per diabetici.

8. Trasmissione alla DCS delle segnalazioni di eventuali carenze di medicinali come da indicazioni regionali.

9. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS. Inoltre, a partire dal II quadrimestre 2016, dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.

10. Partecipazione alle iniziative di farmacovigilanza promosse dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; individuare un referente per la tematica tra il personale medico e/o

**3.5 Assistenza farmaceutica**

infermieristico, al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza. Evidenza dell'individuazione di almeno un referente per dipartimento.

11. Evidenza del rispetto delle indicazioni prefissate nella prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, 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. Erogazione dei medicinali solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Assicurare, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.

12. Implementazione della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.

13. Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese e l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (tendenziale 100% della spesa negli ambiti previsti) compatibilmente con la necessità di garantire le urgenze tramite magazzino centralizzato. Evidenza dell'inserimento a sistema del codice targatura in fase di erogazione dei medicinali.

14. Implementazione dei sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta.

**3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI**

<b>3.6.1 Anziani</b>	
Obiettivo aziendale 1. Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale	Risultato atteso E' assicurato il finanziamento di progetti FAP come da D.P.Reg. 144/2015 e del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006 .
2. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani	Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015.
3. Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti	Evidenza dei livelli di partecipazione assicurati per l'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015.
4. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità</li> <li>2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale).</li> <li>3. Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate.</li> </ol>
5. Sistemi informativi 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata.</li> <li>2. Effettuare verifica trimestrale nel sistema SIRA-FVG dei report relativi alle presenze, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti delle strutture residenziali convenzionate.</li> </ol>
6. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Tutte le AAS provvedono a valutare, 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.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. La VMD deve essere effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</li> </ol>

<p>7. Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità</p> <p>Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, le AAS esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.</p>	<p>Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>
---	---

<b>3.6.2 Minori</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Applicazione delle Linee guida regionali per l'affido familiare approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza dell'applicazione delle linee guida regionali con tutte le forme di affido tramite utilizzo della scheda di monitoraggio e verifica regionale e/o locale (scheda presentazione caso all'UVMF e verbale)</p>
<p>Il tavolo di lavoro regionale per le Adozioni proseguirà con l'elaborazione delle Linee Guida per le adozioni nazionali e internazionali con indicazioni operative relative al tutto il percorso.</p>	<p>Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.</p>

<b>3.6.3 Piani di Zona</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Piano di Zona</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della sottoscrizione dell'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2016 e trasmissione entro marzo 2016 alla DCSISPS dei documenti di programmazione integrata locale 2016</li> <li>- Completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria non ancora raggiunti nel corso del 2015.</li> </ul>

**3.7 SISTEMA INFORMATIVO**

<b>3.7.1 Sistema informativo</b>	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1. servizi on line per i cittadini</p> <p>2. prosecuzione delle attività già avviate</p> <p>3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. <u>Procedere ad un ulteriore stadio evolutivo dei servizi on line al servizio dei cittadini con:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avvio di servizio referti on line per le prestazioni già sottoscritte digitalmente;</li> <li>- pagamento on line delle prestazioni;</li> <li>- estensione della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali coerentemente alle indicazioni regionali;</li> <li>- consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate.</li> </ul> <p>2. <u>Proseguire nelle attività già avviate :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicurezza fisica e logica/funzionale</li> <li>- privacy</li> <li>- sistemi di governo, in particolare per fattori produttivi ospedalieri</li> <li>- ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i MMG, i PLS e gli specialisti convenzionati e dipendenti del SSR</li> </ul> <p>3. <u>Percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti per:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- applicativi gestionali del G2 Clinico &gt; 80%</li> <li>- laboratorio e microbiologia &gt; 98%</li> <li>- medicina trasfusionale &gt; 98 %</li> <li>- anatomia patologica &gt; 98 %</li> <li>- radiologia &gt; 98%</li> </ul>

<b>3.7.2 Sistema informativo: Funzioni rivolte al sistema informativo regionale</b>	
<p>1.Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <p>a. Attività propedeutiche alla realizzazione della Cartella integrata clinico assistenziale</p> <p>b. Estensione del sistema ECG</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>2.Sistema di gestione dell'attività sanitaria nell'ambito dell'assistenza primaria</p> <p>a. piattaforma di connessione con la</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>

medicina generale	
4.Sistema direzionale aziendale a. Governo del personale b. Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
5.Sistema direzionale regionale a. Data warehouse gestionale b. Sviluppo registro regionale dei dispositivi medici impiantabili	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
6. Connessione del sistema regionale delle farmacie convenzionate al SSR per il ritorno dell'erogato	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
7. Avvio del Laboratorio hub di Pordenone	Evidenza dell'avvio del Laboratorio hub di Pordenone

### 3.7.3 Sistema PACS regionale

Obiettivo Aziendale Sistema PACS regionale	<p>Risultato atteso</p> <p>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico e collaborazione per la definizione delle specifiche di estensione della funzione PACS all'endoscopia digestiva;</p> <p>b. implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda, sulla base di indicazioni regionali;</p> <p>c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri, sulla base di indicazioni regionali;</p> <p>d. <b>Collaborare al completamento dei casi d'uso dell'emergenza e della visibilità interaziendali</b></p>
---	---

## Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"

(Decreto del DG n. 714 dd. 30/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)

Rilievo Aziendale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA	Aree Verdi
	Distretto Nord di Meduno - Opere di completamento	50,0	50,0		
	Distretto Ovest di Sacile, via Ettoreo - Opere di completamento padiglione Meneghini per CAP	50,0	50,0		
	Distretto Sud di Pasiano, via Coletti - Opere di abbattimento barriere architettoniche e di adattamento funzionale per CAP	50,0	50,0		
	Ristrutturazione edile impiantistica di un CAP	227,0		227,0	
	Ospedale di Sacile - Realizzazione Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)	270,0		270,0	
	Ospedale di Sacile - Interventi di manutenzione aree verdi ex OPP e altre aree utilizzate dall'AAS n. 5	20,0			20,0
<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>667,0</b>	150,0	497,0	20,0	
BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA		
Biomediche - Strutture ospedaliere	1.235,0		1.235,0		
Informatiche - Strutture ospedaliere	90,0		90,0		
Altro - Strutture ospedaliere	400,0		400,0		
Biomediche - Territorio					
Informatiche - Territorio					
Altro - Territorio	260,0		260,0		
<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>1.985,0</b>	-	1.985,0		
<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>2.652,0</b>	<b>150,0</b>	<b>2.482,0</b>	<b>-</b>	<b>20,0</b>

Rilievo Regionale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali
	Residenza per l'accogliimento e l'assistenza di pazienti psichiatrici con misure di sicurezza (REMS) di Maniago	1.416,3			1.416,3
	Interventi di efficientamento energetico - Nuovo ospedale di Pordenone	9.000,0			9.000,0
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo regionale</b>	<b>10.416,3</b>	-	-	10.416,3
BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali	
Biomediche	600,0		600,0		
Informatiche					
Altro					
<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo regionale</b>	<b>600,0</b>	-	600,0	-	
<b>B) Totale rilievo regionale</b>	<b>11.016,3</b>	-	<b>600,0</b>	<b>10.416,3</b>	

<b>Importo totale del piano degli investimenti (A+B)</b>	<b>13.668,3</b>
--	-----------------

di cui:

<b>Interventi edili e impiantistici</b>	<b>11.083,3</b>
---	-----------------

<b>Beni mobili e tecnologie</b>	<b>2.585,0</b>
---------------------------------	----------------

**Elenco delle attrezzature e beni mobili di rilievo**

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo complessivo
	Parco macchine dello strumentario flessibili	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Pordenone	1	500,0
	Monitor multiparametrici	Terapia intensiva Pordenone	1	305,0
	Ventilatori polmonari	PO Pordenone e San Vito	1	135,0
	Rinnovo automezzi 118	PO Pordenone e San Vito	1	225,0
	Arredo morgue	PO Pordenone	1	200,0
	Ausili per disabili della provincia	vari	1	260,0
X	TAC	PO Pordenone	1	600,0

**Copertura finanziaria del piano degli investimenti**

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali/POR FESR</b>	<b>10.416,3</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>2.482,0</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	<b>600,0</b>
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	<b>20,0</b>
<b>Risorse proprie</b>	<b>150,0</b>
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	
Utili di esercizi precedenti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	150,0
Altro	

**Totale: 13.668,3**

<b>Disponibilità complessiva:</b>	<b>13.668,3</b>
-----------------------------------	-----------------

## Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste

Le Linee di gestione 2016, dispongono che l'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 operino in maniera integrata e presentino un piano unico, ma predisponendo due bilanci distinti.

Per questa ragione il capitolo delle progettualità è comune alle due aziende.

### 3. LE PROGETTUALITA'

#### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

##### 3.1.1 Atti aziendali

Nelle more della definizione degli assetti organizzativi conseguenti all'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, si prevede di avviare sperimentazioni gestionali tra strutture omologhe dell'area tecnica, amministrativa, professionale e sanitaria, ai fini di verificarne l'effettiva fattibilità e funzionalità, mediante l'istituzione nel corso del primo trimestre dell'esercizio 2016 delle funzioni interaziendali in oggetto, affidando ad un unico dirigente la responsabilità di garantire le attività attualmente svolte dalle rispettive due articolazioni aziendali oggetto dell'accorpamento, di uniformare i processi e le procedure esistenti nelle funzioni aggregate e di formulare una proposta per la funzione unica aziendale della costituenda Azienda.

Per quanto riguarda la rete dei servizi ospedalieri (Allegato 2 della DGR 929/2015), si prevede che tali riorganizzazioni coinvolgeranno, nell'area chirurgica, la funzione di chirurgia generale e di ortopedia; nell'area medica, le funzioni di medicina generale e di oncologia. Infine, si attiverà il servizio di Reumatologia nella struttura *Hub* del presidio Cattinara-Maggiore di Trieste, come previsto dalla Linee per la Gestione del SSR 2016 alla linea 3.1.2.

Nel 2015, sono stati avviati progetti di presa in carico unitaria tra reparti dell'Outs e Distretti che prevedono la sperimentazione e valutazione di modelli consolidati a livello internazionale quali il Patient Activation Measures - PAM, l' Health Engagement Scale - HES).

Nel 2016, si vuole estendere tale sperimentazione anche ai genitori e Care Giver dei neonati, dei bambini e degli adolescenti per l'implementazione ed il miglioramento dei percorsi clinico assistenziali integrati e di prevenzione che riguardano questa fascia d'età. Per tali finalità è necessario avvalersi di una idonea professionalità presso la direzione infermieristica aziendale.

**- Formale adozione atto aziendale entro il 31/12/2016****3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015**

Presso il Presidio Cattinara-Maggiore di Trieste è già stata avviata, nel corso del 2015, una importante manovra di riorganizzazione e dismissione di posti letto (-56 di ricovero ordinario). Nel corso del 2016 si continuerà con la graduale riorganizzazione dei posti letto previsti dalla DGR 2673/2014, ossia, in base alle indicazioni delle Linee di gestione 2016, il 50% della differenza tra i posti letto "attivi" al 31.12.2015 e quelli dell' "assetto previsto" nella citata Deliberazione di Giunta (circa 40 di ricovero ordinario e 16-17 di day hospital e day surgery).

La manovra riorganizzativa e le strutture oggetto di dismissione di posti letto saranno individuate con un successivo decreto aziendale.

Si prevede inoltre di attivare entro **il 30/6/2016** il servizio di Reumatologia

**3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi**

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

**3.1.4 Piano emergenza urgenza**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<b>Avvio delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza</b>	<b>Adeguamento della dotazione di ambulanze a quanto previsto dal Piano emergenza urgenza</b>
<b>Piano dell'Emergenza Urgenza</b>	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</b>

**3.1.5 Piano sangue**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue**

**3.1.6 Piano oncologico**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano oncologico**

**3.1.7 Piano della Riabilitazione**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della Riabilitazione**

**3.1.8 Piano della Salute mentale**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale**

### **3.1.9 Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia**

Nel corso del 2016 è previsto il completamento del lavoro del gruppo tecnico interaziendale AOUPS, IRCCS Burlo Garofolo e AAS2 con la redazione del documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e Virologia.

Entro il 30 giugno 2016 viene completato il trasferimento dall'IRCCS Burlo Garofolo all'AOUPS delle funzioni analitiche assistenziali di medicina di laboratorio, comprensive dei beni, servizi e personale, con realizzazione presso l'IRCCS di un Laboratorio satellite a risposta rapida.

Nel secondo semestre del 2016 è messo a regime il sistema/informativo unico tra il centro hub e spoke, secondo le procedure informatiche regionali.

Nel corso del 2016 vengono intraprese le azioni per armonizzare gli aspetti tecnologici rendendoli coerenti alla realizzazione presso il Laboratorio dell'Ospedale di Monfalcone e Gorizia di Laboratori satelliti a risposta rapida

**3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.2. Promozione della salute e prevenzione</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
L'AAS1 individua un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione.	Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti.

<b>3.2.1. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire l'avvio del progetto pilota per l'identificazione del rischio cardiovascolare, assumere funzioni di referente per le altre aziende e individuare uno strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare. Giungere entro il 2016 alla formale adozione, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.	Strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare. Adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.
Coordinare la formazione del personale sanitario su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve garantendo la disponibilità di 5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei. Realizzare almeno un corso residenziale ciascuna. Formare gli operatori appartenenti a ciascuna categoria: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.	- 5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei - Un corso residenziale - Almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria formati: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.
Partecipare al gruppo di lavoro e alla formazione	Partecipazione al gruppo di lavoro e alla redazione di un documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS

<b>3.2.2. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto

<p>Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".</p>	<p>Nel 2015 AAS1 e AOUST hanno già condiviso e formalizzato un PDTA sull'attività senologica. Per il 2016 si prevede di:</p> <p>Portare a termine l'accreditamento EUSOMA dell'unità senologica-breast unit con piano di riorganizzazione delle attività coerente con quanto previsto dall'Atto di intesa della Conferenza Stato-Regioni del 18 dicembre 2014</p> <p>Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella</p>
<p>Concordare un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.</p>	<p><b>L'adozione del protocollo EUSOMA, ancorché coerente con quanto previsto dal documento ministeriale, non può essere limitata all'ambito provinciale ma deve essere discussa e condivisa con le altre aziende al fine di giungere ad un consensus regionale. Il risultato atteso deve essere una proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DSC per l'adozione formale.</b></p>
<p>Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p><b>Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</b></p>
<p>Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<p>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</p> <p>-.percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</p>
<p>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali <math>\geq 95\%</math></p>
<p>Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici</p>	<p>- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016</p> <p>- Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</p>
<p>Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione</p>	<p>Anagrafe sanitaria aggiornata</p>

Centrale Salute.	
Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	<b>AAS1 utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening</b>

### 3.2.4. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Progetto "Afrodite - Meglio Sapere Tutto: Promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali, nonché alla prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (M.S.T.), dell'uso di sostanze e di altri comportamenti a rischio, con il metodo della Peer Education"</p> <p>(popolazione adolescenti nella fascia 15-17 che frequenta le scuole secondarie di secondo grado della provincia di Trieste)</p>	<p>Nel 2016 si prevedono le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. estensione del progetto ad altre scuole superiori della provincia di Trieste</li> <li>2. promozione delle attività di Afrodite al di fuori dei contesti scolastici e connessione con altri progetti di promozione della salute rivolti ad adolescenti</li> <li>3. coprogettazione e realizzazione con le scuole professionali di un percorso di formazione per gli adulti (insegnanti, educatori, operatori) sulle tematiche di interesse</li> <li>4. raccordo con altri progetti in essere nella provincia di TS rivolti al gruppo target e cooperazione alla stesura e diffusione di percorsi di collegamento tra scuole e servizi per l'identificazione precoce di situazioni di disagio</li> </ol>
Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	Partecipazione alle attività regionali coordinate dalla AAS2 contribuendo alla predisposizione del report regionale per l'invio alla DCS
Realizzare le attività previste dal III programma relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Partecipare alle attività regionali e proseguire nel programma Scuole
L'Azienda si dota di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio	Evidenza della Flow-chart adottata formalmente
Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)

**3.2.5. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)**

Obiettivo aziendale: Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.	Risultato atteso: Un corso di formazione da rivolgere al personale aziendale accreditato ECM
--	---

**3.2.6. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda

**3.2.7. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)**

Obiettivo aziendale: Realizzare una mappatura degli stakeholders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.	Risultato atteso: Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS
---	---

**3.2.8. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici. Realizzare le attività previste	Report congiunto di monitoraggio delle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	Almeno un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni

Eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.	Il pronto soccorso dell'ospedale Cattinara-Maggiore di Trieste attiva ed alimenta la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico sull'applicativo SEI regionale tramite l'utilizzo dello strumento che la Regione individuerà allo scopo
--	--

### **3.2.9. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipare alla elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e diffonderle ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Partecipare ai lavori, coordinati da AAS4, di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Partecipazione alla stesura delle linee guida regionali
Partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Collaborazione alla formazione degli auditor regionali in funzione del numero previsto nel PRP. Realizzazione degli audit in funzione d quadro previsto dal regolamento 882/2004.
Partecipazione alla realizzazione di un corso regionale di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Collaborazione alla realizzazione dell'evento formativo a livello regionale.
Realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	-Realizzazione di una scheda di audit. -Almeno n. 3 operatori PSAL formati sull'audit -Programmazione audit.
Revisione della lista dei controlli sulle imprese e diffusione del documento ai portatori di interesse	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

<b>3.2.10. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale p	Effettuazione dell'attività di vigilanza secondo i parametri definiti a livello regionale e trasmissione Report di attività alla DCS.
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria

<b>3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Partecipazione all'attività regionale di programmazione dei corsi e delle iniziative di sensibilizzazione. Realizzazione, su scala regionale di: - 2 corsi accreditati; - 2 iniziative di sensibilizzazione.
Realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale	Report di attività alla DCS Valutazione dello stress lavoro correlato come da progetto nazionale
Redigere, adottare formalmente e avviare un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	-Nel 2016 il medico competente di AAS1 proseguirà il programma di promozione della salute dei dipendenti teso ad individuare i lavoratori a rischio per lo sviluppo di MCNT già in atto dal 2015. -In collaborazione con UCO Medicina del lavoro verrà redatto e adottato un modello uniforme di intervento (come previsto nel Programma X del PRP) e di raccolta dati per la valutazione del rischio, permettendo la produzione di un unico report sul rischio cardiovascolare globale dei lavoratori di AAS1 e di AOUS.
Realizzare almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Corso effettuato

<b>3.2.12. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	<b>Elaborare 2 indicatori e invio report alla DRS</b>
Alimentare le banche dati informo e malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla Regione per la trasmissione al Comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Registrazione dell'attività nello specifico data base regionale, nella misura di almeno il 25% delle verifiche effettuate
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004	100% delle anagrafiche inserite

<b>3.2.13. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Dar seguito alle attività del "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, con la definizione di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.	Collaborazione alla redazione di un documento regionale relativo alle acque destinate al consumo umano, finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute.
Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del	Partecipazione delle aziende al tavolo VIS

progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.	
Relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon, realizzare in collaborazione con ARPA iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.	Collaborazione alla predisposizione a livello regionale di un evento formativo per progettisti e uno per operatori.
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	Almeno 1 controllo eseguito
Sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH.	Collaborazione alla realizzazione di un evento formativo
Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviarli al COR, assicurare la trasmissione delle schede ReNaM e trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica	- Dati inviati al COR (o altra struttura indicata dalla DCS). - Schede ReNaM inviate al COR
Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare; dopo condivisione della documentazione di riferimento Programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione.	Report alla DCS con numero di operatori formati. Collaborazione alla realizzazione degli eventi formativi garantiti dall'IRCCS Burlo Garofalo
<b>Piano per il monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola. Le AAS1, AAS2, AOUTS partecipano alle attività del programma pilota (raccolta dei campioni biologici e dei relativi questionari di esecuzione dei test)</b>	<b>Almeno 200 campioni per area</b>

### 3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Nel corso del 2016 sulla base delle indicazioni regionali le azioni saranno:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mantenere gruppo di coordinamento interaziendale (AAS1, IRCCS, PLS, stakeholders) per la sorveglianza dell'andamento dei tassi vaccinali e per la programmazione di azioni efficaci per all'aumento dei tassi</li> <li>2. mantenere l'informazione alle donne/ famiglie partecipanti ai Corsi di accompagnamento alla nascita nel post parto SCBADO (Consultori Familiari)</li> <li>3. sviluppare azioni di offerta attiva delle vaccinazioni, anche attraverso il raccordo Ambulatori Vaccinali dei Distretti- PLS sul singolo caso di ritardo vaccinale</li> <li>4. esplorare le cause di "disaffezione alle vaccinazioni" in età evolutiva secondo il modello WHO</li> <li>5. formazione degli operatori sanitari direttamente implicati nel counselling (ostetriche, pls, infermieri/ass. sanitari dei centri vaccinali, operatori di PS, di Nido)</li> <li>6. attuazione del nuovo calendario vaccinale</li> </ol>
Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) rivolto a MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere.	Corso realizzato
Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale	AOUTS e AAS1 definiscono la flow-chart aziendale del percorso collaborativo ospedale-territorio per la gestione dei casi TBC
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Partecipare ai gruppi di lavoro regionale finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione.	Aumento delle coperture vaccinali contro il Papilloma virus nei maschi omosessuali e/o HIV positivi
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.	Report aziendale inviato alla DCS

Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Evento di formazione realizzato
Partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	- Adozione formale delle linee guida regionali - Aggiornata procedura aziendale di notifica delle malattie infettive e di organizzazione dell'indagine epidemiologica in corso di MTA
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano

### 3.2.15. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Realizzato un intervento formativo/informativo a livello regionale
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	-Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

<b>3.2.16. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Censimento con monitoraggio delle attività inviato alla DCS
Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	Dati inseriti
Realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011	Realizzazione di un evento formativo/informativo

<b>3.2.17. Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale	<p>AAS1 si impegna a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare;</li> <li>- attuare con maggior incisività il progetto Piccole Produzioni Locali;</li> <li>- programmare attività di audit;</li> <li>- effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA;</li> <li>- attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini</li> <li>- attuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto</li> <li>- applicare il Decreto Ministeriale sulle misure di eradicazione della Scrapie su base genotipica;</li> <li>- ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello Regionale.</li> </ul>

Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Partecipazione alla elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni.
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
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 2015	Rispetto degli interventi programmati per il 2016 relativi a: SCIAN - 530 interventi ispettivi per settore programmati per il 2016 - 6 audit per settore programmati per il 2016 - 100% dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti programmati - 350 valutazioni del rischio programmati - 6 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. VET. B - 370 interventi ispettivi nelle imprese alimentari registrate e riconosciute - 4 audit nelle imprese alimentari riconosciute; - 100% dei campionamenti di alimenti di origine animale programmati - 15 valutazioni del rischio nelle imprese alimentari registrate e riconosciute - 6 controlli congiunti tra Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Informazione rivolta alle Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Relazione finale di verifica indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR)	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie, dopo l'emanazione

nell'intero patrimonio ovino nazionale	del Decreto ministeriale e delle linee guida regionali
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	N. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	N. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2015, dopo l'emanazione delle linee guida della Task force regionale
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Effettuazione dei controlli in almeno il 3% degli allevamenti registrati al 01/01/2016
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	100% dei controlli effettuati sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

### 3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

#### 3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria

AAS1 ha già aggiornato, a settembre 2015, il proprio Piano dell'Assistenza Primaria e si è messa nelle condizioni operative per iniziare a costruire i modelli organizzativi della Medicina Generale. Ha formalmente individuato le AFT (due per Distretto) e, già avviato il CAP di Muggia, è in grado di attivare gli altri Centri previsti.

Si ritiene che la formula del CAP, struttura multiprofessionale operante con la regia del Distretto che vede protagonisti MMG in collaborazione con gli altri operatori territoriali, possa dare un forte impulso per il raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa. Il CAP di Muggia opera già con obiettivi di salute concordati tra la Direzione AAS1, il Distretto 3 e i MMG coinvolti.

Si proporrà, nel corso dell'anno, anche l'avvio di un progetto pilota di Integrazione tra Ospedale e Territorio in Diagnostica per Immagini, in cui si sperimenterà un modello organizzativo finalizzato a facilitare la presa in carico e la gestione presso il proprio domicilio di pazienti anziani, pazienti disabili e pazienti le cui condizioni di salute non permettono il trasporto in ospedale per eseguire una diagnostica radiologica. Le moderne tecnologie di diagnostica per immagini permetteranno con un minimo investimento di evitare di spostare la persona malata e di evitare ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso.

Per quanto attiene il contatto con la popolazione, è prassi consolidata di AAS1 tenere incontri con la cittadinanza e le sue rappresentanze, sia attraverso forum tematici che incontri generali territoriali.

Tenuto conto di quanto stabilito dal punto 6.1. e punto 6.2 delle Linee di gestione, le azioni di risparmio adottate in applicazione della L. 125/2015 e della DGR 1813/2015 saranno prioritariamente correlate alla realizzazione del Piano dell'assistenza primaria adottato in conformità a quanto previsto dal punto 3.3.1. delle Linee di gestione

#### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

##### Accreditamento

Nel programma 2016 ci sarà la verifica per l'accreditamento istituzionale degli ospedali pubblici (comprese sale operatorie, terapie intensive, ambulatori) e varie branche specialistiche (PMA, Medicina trasfusionale).

Per tali verifiche l'AAS 1 e AOOTS metteranno a disposizione come ogni anno alcuni valutatori/tecnici esperti (2 + il referente aziendale)

Entro marzo / aprile 2016 sarà organizzato un corso per valutatori cui si ritiene sia opportuno partecipino i valutatori/tecnici già operanti più eventuali altri se necessario

Gli obiettivi per il 2016:

- mettere a disposizione il referente per l'accreditamento istituzionale delle due aziende per le attività dell'O.T.A. regionale
- mettere a disposizione per le attività di valutazione per l'accreditamento istituzionale i valutatori già individuati e operanti
- far partecipare al corso di formazione sui nuovi requisiti generali di accreditamento i valutatori già individuati e operanti
- individuare almeno un nuovo valutatore per l'accreditamento istituzionale

In particolare per AOOUTS:

- sostenere la visita di accreditamento per il Presidio Cattinara-Maggiore di Trieste prevista nel mese di marzo 2016
- effettuare la visita di conferma per l'accreditamento della branca Nefrologia e Dialisi (coincidente la visita di accreditamento del Presidio)
- effettuare l'accreditamento del Dipartimento interaziendale di Medicina Trasfusionale prevista nel secondo semestre 2016.

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Odontoiatria sociale**

E' in corso una sinergia progettuale –sperimentale - tra le Aziende rivolta ai pazienti fragili presi in carico a livello territoriale che si realizzerà attraverso l'acquisizione da parte dell'AAS1 di un medico odontoiatra a tempo determinato.

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Cure palliative**

Uno degli obiettivi definiti prioritari per l'inizio del 2016 è la creazione di una rete delle cure palliative e del dolore. Operano infatti a Trieste strutture e professionisti sia ospedalieri che territoriali di alto profilo che però hanno l'assoluta necessità di un "sistema" che colleghi le attività tra di loro secondo percorsi, procedure e responsabilità disegnando la presa in carico delle persone che tenga conto anche del ruolo centrale della Medicina Generale (contando anche sulle nuove forme organizzative, specialmente i CAP), e del contributo del servizio di SCA e 118. Il coordinamento di queste reti sarà sviluppato, come indicato, a livello Distrettuale individuando una figura di riferimento.

I professionisti coinvolti nel processo di valutazione e trattamento del dolore post operatorio e cronico parteciperanno alla stesura del piano provinciale delle cure palliative e della terapia del dolore. Per la sua parte l'ospedale garantisce il mantenimento delle attività e dei programmi di contrasto al dolore acuto e di tipo cronico per i pazienti ricoverati (formazione e aggiornamento del personale; aggiornamento dei protocolli di trattamento del dolore del paziente ricoverato; adozione del protocollo di palliazione del paziente terminale). Adatta l'indagine 2016 "Ospedale Senza Dolore" ai risultati dell'ultimo survey condotto nel mese di novembre 2015 integrando l'inchiesta con ulteriori informazioni. Mantiene le attività di specialistica ambulatoriale per i pazienti riferiti alla specifica funzione e accredita i due Servizi ospedalieri (dolore acuto post-chirurgico e ambulatorio dolore cronico)

### **3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

#### **Salute mentale**

Nel corso del 2016, con il contributo di professionisti esperti delle AAS, si procederà alla redazione del piano della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del Piano di azioni nazionale per la salute mentale.

Nell'ambito della salute mentale in età adulta ed in età evolutiva, in continuità con gli obiettivi perseguiti nel 2015, si continuerà nel percorso di miglioramento della rete dei servizi territoriali attraverso specifiche strategie per recuperare e riconvertire le risorse destinate agli interventi nei

servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.

E' previsto un percorso intra aziendale di condivisione e valutazione dell'ipotesi di costituire una equipe salute mentale giovani con il concorso di operatori provenienti dai distretti, dal DSM e dal DD con l'integrazione di risorse aggiuntive (personale neoassunto e/o dal privato sociale).

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Salute mentale

Obiettivo	Risultato atteso
Contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali con il recupero, entro il 31.12.2016, di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2015.	Numero di persone e costi 2016 < numero di persone e costi 2015
Diagnosi e presa in carico tempestiva e congiunta degli esordi psichiatrici degli adolescenti.	Numero di persone valutate congiuntamente con indicazione della DUP (durata della psicosi non trattata).
Attività di promozione della salute e riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario.	I CSM partecipano e contribuiscono ad attività di aggregazione giovanile, in particolare nell'ambito del Progetto "Qualcosa è cambiato" e del sito <a href="http://www.conTatto.me">www.conTatto.me</a>
Attuazione degli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio.	Definizione dei percorsi di cura per le persone con DCA con particolare attenzione alla gestione degli aspetti internistici e della presa in carico congiunta tra DSM e SC BADOF.

Per ciò che concerne lo "sviluppo di progetti per l'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria, con un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano" nell'AAS 1 per le persone anziane il punto di accesso è il CDDD del Distretto in cui le modalità di presa in carico si realizzano utilizzando il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo.

Nel corso del 2016 si riprenderanno le attività regionali di collaborazione con i DSM al fine di migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale, secondo le indicazioni contenute nel manuale ministeriale 2014 ed adottando la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.

Le informazioni gestite dalla piattaforma Salute Mentale (pSM), sperimentata con successo dal 2014 nel DSM di AAS 1, sono aggiornate in tempo reale. Continuano tuttavia a non essere integrate all'interno del Portale della regione Friuli Venezia Giulia dedicato al Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale anche se comunque è stato possibile adempiere agli obblighi informativi nei confronti del Sistema Informativo nazionale della Salute Mentale.

Si resta in attesa del recepimento da parte della regione degli indicatori previsti dal PANSM relativi ai percorsi di cura delle persone affette da disturbo mentale severo.

È prevista la diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP),

definito e promosso dall'OMS, con lo scopo di strutturare e sviluppare un sistema di relazioni tra medici di medicina generale e servizi di salute mentale, per poter gestire in modo integrato i disturbi psichiatrici comuni e favorire l'identificazione precoce e la continuità terapeutica nella psicosi. Un tanto avverrà non appena sarà disponibile la versione tradotta in italiano su supporto cartaceo

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Ospedali psichiatrici giudiziari

Nel corso del 2015 sono stati dimessi tutti i pazienti residenti in FVG e internati negli OPG di macro bacino e formulati i programmi terapeutico riabilitativi individuali, condivisi con l'autorità giudiziaria. È stato avviato il Programma per la gestione transitoria della funzione di superamento degli OPG, di cui alla delibera di Giunta 622/2015, finalizzato all'accoglienza delle persone internate secondo il principio della territorialità. Nel corso del 2016, a seguito del prospettato passaggio delle funzioni di superamento degli OPG, si intende avviare la valutazione del su citato Piano per la gestione degli interventi transitori attuato nel 2015.

AAS1 ha attuato gli interventi finalizzati alla realizzazione, in via provvisoria, della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Aurisina inserita nella rete del DSM. Sono stati realizzati alcuni interventi di ristrutturazione dello stabile ed è stato assunto il personale necessario alla turnazione di minima (12 operatori).

A seguito dell'accoglienza di due persone la REMS di Aurisina è diventata operativa ed è stato completato il percorso formativo rivolto al personale coinvolto. In tale percorso formativo si sono approfonditi aspetti giuridici e legislativi, informazione sull'organizzazione del DSM e delle REMS, nozioni di psicopatologia, trattamenti terapeutici e abilitativi, gestione della crisi e dei comportamenti a rischio.

L'accoglimento, a dicembre, da parte del magistrato di sorveglianza, dei PTRI messi a punto ha permesso la trasformazione delle misure di sicurezza da detentive a non detentive, il che ha permesso la dimissione delle due persone ospiti nella REMS verso il CSM di Palmanova dove proseguono i PTRI medesimi.

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Dipendenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</p> <p>Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</li> <li>2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</li> <li>3. Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</li> <li>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome in continuità con il 2015.</li> </ol>

**3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari****Sanità penitenziaria**

Nel 2015 è stata attivata l'assistenza sanitaria presso la casa circondariale di Ts e sono stati redatti protocolli congiunti di attività che coinvolgono più strutture aziendali (DSM, Distretti, DDD, odontoiatria sociale, medicina legale ecc).

Obiettivo aziendale

**Azienda presenterà entro il primo semestre 2016 il protocollo operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari**

Risultato atteso

**Evidenza al 30 giugno 2016 del Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari**

**3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari****Riabilitazione**

Nel corso del 2016 si prevede di:

- AAS 1 e AOUTs: partecipare attivamente al tavolo che sta elaborando il piano della riabilitazione in applicazione all'articolo 37 della Legge regionale n. 17/2014. Nel 2016 proseguirà la partecipazione fino alla stesura definitiva del documento.
- Individuare dei 73 pl di riabilitazione estensiva presso le RSA (che dovranno essere accreditati nel 2016)
- mantenere l'organizzazione strutturale della funzione di Medicina riabilitativa e dei posti letto previsti dalla DGR 2673/2014 e 929/2014 con incremento di due p.l. di DH
- dismettere i p.l. di "post-acuzie" in area chirurgica (4 in CI ORL e 4 in Chirurgia Generale) e in I Medica (10 p.l. dedicati) coerentemente con quanto emergerà dal piano della Riabilitazione
- perseguire, per le GCA, l'adeguamento ai requisiti previsti dalla DGR 1309 dd. 25.07.2012 consistenti nell'adeguamento del personale di assistenza e medico. In merito al programma regionale sono stati rispettati gli obiettivi previsti e sono state attivate le modalità del percorso di cura, individuando i referenti delle funzioni ospedaliere (Spoke O), per acuti (Spoke A) e territoriale (Spoke T), nonché la manutenzione e l'aggiornamento del registro regionale
- continuare l'esperienza dei tavoli provinciali di continuità riabilitativa che, per due specifici PDTA, hanno dimostrato un miglioramento di alcuni indicatori di processo. A questo proposito risulta necessario richiedere l'informatizzazione della scheda di valutazione multidimensionale (e relative scale) già in uso presso le due Aziende dal 2006.

Le Aziende del territorio triestino adottano già dal 2006 una scheda di valutazione multidimensionale introdotta nella Regione toscana su tutto il territorio regionale. Tale valutazione e le scale in essa contenute necessitano di una informatizzazione tale da permetterne una somministrazione in ingresso ed in uscita, nonché all'interno dei setting di riabilitazione dei pazienti. Tale valutazione è attualmente condotta su documentazione cartacea (Vedi anche Linee dedicate al percorso ICTUS e TRAUMI-frattura di femore).

Si intende perciò, per dare corso al programma regionale di utilizzo di scale standardizzate e favorire continuità informativa e di gestione dei pazienti da riabilitare, avviare un programma di informatizzazione in collaborazione con le altre Aziende regionali e con il supporto tecnico esterno della Regione Toscana degli strumenti oggi in uso (scheda di valutazione multidimensionale riabilitativa, comprensiva della scala Barthel, Rankin e CIRS). Questa, inoltre, sarà utilizzata nel

corso dell'anno per assegnare correttamente un appropriato "setting" di continuità riabilitativa, domiciliare o residenziale (compreso l'invio presso le RSA distrettuali)

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Percorso nascita

Nel 2016 si opererà, congiuntamente con IRCCS e PLS per:

- mantenere e migliorare la continuità assistenziale territorio- ospedale territorio nelle situazioni di fisiologia, con particolare attenzione post dimissione dalla maternità e di rischio psicosociale
- formazione integrata sulle tematiche del Percorso Nascita
- mantenimento audit standard BFCI

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Diabete

Obiettivo significativo per la prima parte del 2016 sarà la costruzione di una rete interaziendale clinico assistenziale sulle problematiche connessa alla patologia diabetica. A Trieste vi è la necessità di coordinare secondo percorsi condivisi e ruoli e responsabilità definite i numerosi professionisti che sono attivi nel settore. Ogni Distretto ha infatti il suo centro di riferimento, così come sono presenti diabetologi in AOUST e, per quanto riguarda l'età infantile all'IRCCS Burlo. Questi professionisti, medici e infermieri, vanno inseriti in una formale rete che coinvolga anche, per le parti di competenza, i MMG e i PLS e che garantisca, con un'unica regia, la presa in carico territoriale e l'eventuale attività ospedaliera.

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Autismo

Per il 2016 è obiettivo definire un sistema integrato di interventi coordinati e personalizzati che garantiscano la globalità della presa in carico della persona affetta da un disturbo dello spettro autistico

In continuità con il 2015:

- Presa in carico tutti i nuovi casi < 48 mesi secondo PDTA
- Formazione:
  - Estensione della formazione ESDM ad altri operatori oltre coloro i quali sono stati certificati nel 2015.
  - Prosecuzione della formazione per il trattamento psicoeducativo età >48 mesi.
- Sviluppare percorsi di continuità assistenziale con i servizi dell'età adulta.
- Registro aziendale dei casi e monitoraggio applicazione PDTA.

### 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Cooperazione sanitaria transfrontaliera

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ad attività di collaborazione	Partecipazione ad almeno un'iniziativa/proposta

internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	progettuale a valere su Programmi europei o di cooperazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su tematica afferente al Piano Strategico regionale ed alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.
Obiettivo aziendale Attività internazionali del Centro collaboratore OMS per la ricerca e la formazione in salute mentale	Risultato atteso Realizzazione di attività di scambio con paesi partner nell'ambito del piano di lavoro quadriennale del CCOMS.
<p>Si ritiene fondamentale –attraverso la partecipazione delle Aziende sanitarie pubbliche, AAS1, AOOUTs, IRCCS Burlo Garofolo e dell'Università ai bandi di ricerca UE e internazionali– valorizzare la presenza di realtà scientifiche e imprenditoriali appartenenti all'Area di specializzazione S3 Smart Health. Le 4 Traiettorie di sviluppo individuate (i.Biomedicale, diagnostica in vivo e in vitro; ii.Informatica medica e Bioinformatica; iii.Terapia Innovativa; iv.Ambient Assisted Living-AAL) sono settori in cui trovano naturale applicazione tecnologie già consolidate di Biomed, Biotech e BioITC che possono essere oggetto di finanziamenti pubblici (UE in particolare) e/o provenienti dal settore privato. Con l'obiettivo di sviluppare ricerca, nuovo sviluppo tecnologico e innovazione trasferibili in sanità pubblica e alla cura delle persone, si ritiene che AAS1 e AOOUTs partecipino attivamente alle iniziative di cooperazione e coordinamento delle ricerche proposte dal comparto industriale regionale (che conta oltre 150 aziende operanti nei tre settori (BioMed, BioTech e BioICT). L'obiettivo è quello di costruire una "piastra" dedicata al research funding e alla gestione dei principali progetti del settore.</p> <p>È pertanto obiettivo comune delle Aziende sanitarie pubbliche della Provincia di Trieste (AAS1, AOOUTs e IRCCS Burlo Garofolo), per il 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interagire con CBM, Università e Regione per creare una piattaforma comune di scouting, predisposizione e gestione di progetti europei</li> </ul> <p>Altre progettualità che rientrano nella continuazione di programmi già condotti a termine o in via di conclusione sono:</p> <p>AOOUTs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>sviluppo collaborazioni Area UE</u>: l'azienda applica nel corso dell'anno, in ambito transfrontaliero, i risultati dei programmi cross-border condotti nel precedente Piano operativo Italia-Slovenia 2007-2013.</li> <li>- <u>sviluppo di collaborazioni tra aree geografiche transfrontaliere</u>: in questo ambito garantisce l'avvio di un progetto sul trattamento dei pazienti STEMI per l'area Litoraneo-Carsica della Repubblica della Slovenia</li> <li>- <u>collaborazione istituzionale strategica in altre aree geografiche extra UE</u>: nell'ambito della cooperazione internazionale avvia il progetto "SANITA" con la Repubblica del Cameroun su valutazione del fabbisogno formativo di personale medico ed infermieristico camerunense individuato dal Ministero della Sanità del Cameroun per lo sviluppo di attività senologiche in tre regioni di quella Repubblica del centro Africa.</li> <li>- condurre a termine le attività inerenti i <u>progetti di ricerca finalizzati del Ministero della Salute</u> e quelle previste dall'OMS.</li> <li>- partecipazione ai <u>programmi POR-FESR</u> definiti a livello regionale-territoriale, specialmente</li> </ul>	

nei settori del welfare partecipativo e dell'innovazione clinica e traslazionale. Per sostenere queste attività, si doterà di un'organizzazione dedicata al research funding

- violenza di genere: mantenimento del piano di miglioramento ("Sostegno Donna") in collaborazione con altri Enti e Associazioni avviato nel 2014 (gestione delle donne che subiscono maltrattamenti, formazione di figure professionali al fine di riconoscere eventuali segni di violenza, di relazionarsi con le donne possibili vittime di violenza e di segnalarle al Centro antiviolenza GOAP)

AAS 1 collaborerà nell'ambito delle indicazioni regionali allo sviluppo dei progetti di cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale e alla stesura ed attuazione del piano di integrazione socio sanitaria tra servizi Italiani e Sloveni.

Il Dipartimento di Salute Mentale, Centro Collaboratore dell'OMS, continuerà nella sua opera di supporto e collaborazione con i servizi psichiatri di altri Paesi Europei e dell'America Latina

Il Centro Collaboratore OMS partecipa a due specifici progetti. Uno col Comune di Monfalcone che riguarda Serbia e Montenegro, l'altro con la cooperazione sociale in Argentina, approvati nell'ambito dei finanziamenti previsti dalla LR n. 19.

Progetto internazionale finanziato dalla comunità europea SMART CARE, a cui la Regione FVG partecipa in qualità di capofila di un consorzio di 40 partner europei. Il progetto prevede un intervento sociosanitario integrato a domicilio supportato da una piattaforma ICT in pazienti con patologie croniche avanzate associate a disabilità.

AAS1 su delega della regione FVG coordina l'attività dei 20 distretti regionali.

**3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI****3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti****Cuore**

**- Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera cuore e avvio delle attività con individuazione di almeno un percorso assistenziale a valenza regionale relativo a pazienti trapiantati**

Analizzando i dati dei residenti AAS1 si nota come i numeri siano molto bassi nella tabella con il filtro per età e quindi bastano piccoli spostamenti per cambiare il risultato in termini di rilevazione Bersaglio. In ogni caso si evidenzia la necessità di un miglioramento, per il quale AAS1 e AOUS si impegneranno nel corso del 2016, tendente a raggiungere l'obiettivo di 210 come proposto dalle linee di gestione. Se si prende in considerazione la popolazione tutta senza filtro per età (con numeri più importanti e quindi più significativi) si nota invece come il miglioramento sia già marcato.

A questo proposito, sarà ulteriormente migliorato il PDTA Scopenso Cardiaco sviluppato nel 2014 con:

- azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA
- verifica delle esatte codifiche SDO per ricoverati nelle aree non afferenti alla Cardiologia
- miglioramento della gestione del paziente con scompenso lieve che accede al pronto soccorso
- incremento del riferimento dei residenti in Provincia di Trieste dimessi con diagnosi di Scopenso cardiaco verso l'ambulatorio specialistico del Dipartimento Cardiovascolare e verso il CCV territoriale
- sviluppo del rapporto già in essere tra il Centro Cardiovascolare di AAS1, i Distretti e la Medicina Generale, in particolare considerando le nuove forme aggregative di quest'ultima.
- collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo per sviluppare le competenze specifiche dell'equipe cardiologica dell'Istituto nel campo della diagnostica prenatale e dell'età pediatrica
- proseguire e consolidare le attività finalizzate alla costituzione di una reportistica aziendale sistematica sull'arresto cardiaco intra- ed extra-ospedaliero con finalità di audit periodici e miglioramento continuo della qualità sec JCI
- mantenere le attività di diagnosi avanzata per le cardiomiopatie avvalendosi di prestazioni di diagnostica genetica certificata attivando specifiche convenzioni

**Bersaglio CON FILTRO  
PER ETÀ'**

C11A.1.1 ("scompenso")	2013	2014	2015 (stima)	9M2014	9M2015	diff	
						2014- 2015	%
<b>NUMERATORE</b>	215	204	216	147	156	9	4,41%
<b>DENOMINATORE</b>	80.045	81.224	81.604	81.224	81.224		
<b>TASSO</b>	268,60	251,16	265,29				

**Bersaglio SENZA FILTRO  
PER ETA'**

C11A.1.1 ("scompenso")	2013	2014	2015 (stima)	9M2014	9M2015	diff 2015	2014- %
<b>NUMERATORE</b>	1.096	1.084	986	805	732	-73	6,73%
<b>DENOMINATORE</b>	231.755	235.793	236.186	235.793	235.793		
<b>TASSO</b>	472,91	459,73	417,34				

**3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti****Rene**

- Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti ospedalieri e territoriali alla costruzione della rete dedicata alle patologie renali e per il 2016

- potenzia la dialisi peritoneale (miglioramento dell'indice 2015, pari a 32 pazienti prevalenti in dialisi domiciliare su 201 dializzati complessivi nel 2015) e mette a regime il programma di piena attivazione delle strutture territoriali distrettuali per favorire la dialisi peritoneale presso le RSA, le CdR ed anche presso il domicilio – obiettivo regionale: 50% di emodializzati sul totale dei pazienti, compresi i trapiantati (Vedi Tabella)

- potenzia il programma locale finalizzato ad aumentare i pazienti da sottoporre a trapianto di rene (nel 2015, + 9 trapianti dei quali 1 da vivente) con riduzione dei tempi di immissione in lista dei nuovi pazienti trapiantabili ed eleggibili (almeno il 75% dei nuovi dializzati immessi in lista entro sei mesi dall'inizio del trattamento sostitutivo dialitico), mantenimento di almeno un trapianto dal vivente per il 2016 e partecipa al programma regionale di utilizzo del doppio rene marginale (Vedi Tabella)

Per conseguire l'obiettivo regionale, pertanto, si prevede di conseguire i successivi risultati

	FVG 2015			AOUTs 2015			Obiettivo AOUTs 2016		
	Nr	%	Ind 2015	Nr	%	Ind 2015	Nr	%	Ind 2015
emodializzati	1.028	59,6%		169	51,4%		<b>168</b>	<b>50,0%</b>	
in dialisi peritoneale	147	8,5%	12,5%	32	9,7%	15,9%	37	11,0%	18,0%
trapiantati	549	31,8%		128(*)	38,9%		131	38,9%	
Totale pazienti in terapia	1.724	100,0%		329	100,0%		336	100,0%	

(\*) nel 2015 è aumentata la lista dei pazienti in attesa di trapianto (29 al 30.11.2015; +9 pazienti rispetto al 2014)

**3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti****Fegato**

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti alla costruzione della rete dedicata alle patologie epatiche e per il 2016:

- avvia a livello locale una rete di cura provinciale (e di riferimento *Hub* per l'area isontina) per il

trattamento e la gestione dei pazienti con patologia epatica (DGR 2533/2014) attraverso il coinvolgimento dei Distretti e degli MMG per le attività di prevenzione e riconoscimento precoce della malattia, delle strutture di medicina interna (centri spoke collocati nei presidi ospedalieri di base, garantiscono l'attività ambulatoriale epatologica di 1° livello, e collaborano alla rete filiera fegato anche con la disponibilità di ricovero), delle strutture dei dipartimenti per le dipendenze (AAS1 e AAS2) che collaborano nella fase di prevenzione primaria ed educativa nei confronti della popolazione, nonché nella riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti e del centro *Hub* del Presidio di Cattinara-Maggiore (ex DGR 929/2015)

### 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

#### Pancreas

Come detto prima le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete con l'obiettivo anche di ridurre il tasso di amputazioni maggiori in pazienti diabetici (tasso atteso: <53 casi/1.000.000 residenti in Provincia di Trieste; valore medio regionale 2014 di 67,59/1.000.000 – fonte bersaglio)

Inoltre le Aziende si impegnano a partecipare all'implementazione del PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico e avvieranno azioni relative alla sua applicazione anche attraverso attività formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA

Valorizzeranno inoltre i percorsi di cura intraospedalieri per la gestione delle comorbidità diabetiche nel paziente chirurgico o ricoverato in aree specialistiche.

	2013	2014	2015*	INDICATORE MES
<b>Numeratore</b>	11	15	16	42
<b>denominatore</b>	231.755	235793	236186	703734
<b>Indicatore</b>	<b>47,46</b>	<b>63,62</b>	<b>67,74</b>	<b>59,68</b>

### 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

#### Polmone

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso la partecipazione dei propri professionisti alla costruzione della rete dedicata alle patologie respiratorie anche con l'obiettivo di

ridurre il tasso di ospedalizzazione dei pazienti di età 50-74 anni affetti da BPCO attraverso l'avvio del PDTA sui pazienti affetti da BPCO costruito nel 2014 dai professionisti di AAS1 e AOUTs e del suo monitoraggio (obiettivo regionale: 70/100.000 residenti; valore medio regionale 2014 di 82,16 – fonte Bersaglio)

Inoltre sarà ulteriormente implementato e migliorato il PDTA sulla BPCO sviluppato nel 2014 con:

- azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di

formazione interaziendale sui PDTA

- miglioramento della gestione del paziente con riaccutizzazione di BPCO che accede al pronto soccorso e sua gestione attraverso bundle di cura specifico
- riduzione della degenza media e miglioramento degli indicatori di processo attraverso applicazione di un bundle di cura intraospedaliero specifico
- maggior coinvolgimento dei Distretti nella presa in carico anche la collaborazione con i MMG e le loro aggregazioni.

**Bersaglio CON FILTRO PER ETA'** - FUGA COMPRESA (fuga 2013 per mese assegnata agli anni successivi)

C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015 (stim a)	9M 2014	9M 2015	diff 2014-2015	%
NUMERATORE	120	134	120	95	85	-10	-7,46%
DENOMINATORE	80.045	81.224	81.604	81.224	81.224		
TASSO	149,92	164,98	146,92				

**Bersaglio SENZA FILTRO PER ETA'** - FUGA COMPRESA (fuga 2013 per mese assegnata agli anni successivi)

C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015 (stim a)	9M 2014	9M 2015	diff 2014-2015	%
NUMERATORE	470	452	399	326	288	-38	-8,41%
DENOMINATORE	231.755	235.793	236.186	235.793	235.793		
TASSO	202,80	191,69	169,07				

Va detto che, da una ricognizione a campione effettuata nel 2015 in AOOUTS, appare evidente come vi sia una significativa quota di errata compilazione delle SDO che porta a sovrastimare i ricoveri per BPCO. Una volta corretto questo errore le Aziende si impegneranno a raggiungere in progress l'obiettivo regionale, al momento assai distante anche se in entrambe le rilevazioni si nota un marcato miglioramento.

### 3.4.2. Emergenza urgenza

#### Ictus

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente all'implementazione del PDTA individuato in sede regionale e al piano di informazione/formazione previsto.

Per lo specifico percorso integrato di cura elaborato nel 2014 e attivato nel 2015, mantiene il monitoraggio degli indicatori selezionati nel corso dell'anno, ripete l'indagine a domicilio dei pazienti dimessi con diagnosi di ictus, individua azioni miranti ad aumentare la partecipazione del paziente e dei care-giver nei piani di cura e follow-up, attiva un piano di miglioramento aziendale sugli aspetti critici individuati dal gruppo di lavoro dedicato (Percorso Integrato di Cura dell'Ictus 2014).

Inoltre garantiscono, con le strutture del 118 e di emergenza sia del territorio giuliano che isontino, **almeno 85 trombolisi nell'anno 2016**

A questo proposito, sarà ulteriormente implementato e migliorato il PIC sull'Ictus sviluppato nel 2014 con:

- estensione del programma e delle azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA e coerente con il piano di informazione/formazione regionale sull'ictus previsto nel 2016
- nuova indagine sul punto di vista del paziente e sul suo livello di empowerment
- miglioramento di alcune fasi del percorso intraospedaliero e costituzione del team multi

professionale dedicato

- miglioramento di alcuni indicatori di processo ed esito per i pazienti ricoverati nell'area di medicina interna
- riduzione della degenza media e miglioramento degli indicatori di processo attraverso il mantenimento del tavolo di lavoro sulla continuità riabilitativa
- adeguamento, aggiornamento, integrazione ed INFORMATIZZAZIONE della scheda di valutazione multidimensionale oggi in uso (comprensiva della scala Barthel e Rankin) utilizzata per valutare processo ed alcuni esiti della casistica trattata
- attivazione di uno specifico gruppo di lavoro per informatizzare l'attuale scheda di valutazione multidimensionale (SMD) ed integrare le informazioni con le ulteriori scale richieste dal livello regionale (Barthel, Rankin e CIRS) nei sistemi clinici informatizzati territoriali ed ospedalieri utilizzati per valutare il processo e l'esito della casistica trattata (proposta di inserire tali modalità nel piano di sviluppo regionale INSIEL). Questa sarà utilizzata nel corso dell'anno per assegnare correttamente un appropriato "setting" di continuità riabilitativa, domiciliari o residenziali (comprensive di RSA)
- Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12 2016). A tal fine si richiede che venga predisposta a livello centrale (Insiel) una configurazione sul software per la gestione del dato clinico (G2 Clinico/Cardionet per l'ospedale) tale da consentire la registrazione omogenea da parte di tutti gli attori coinvolti delle valutazioni previste.
- avvia una rete di cura a livello provinciale territorio-ospedale-territorio per il coordinamento delle cure ai pazienti colpiti eventi cerebrovascolari acuti.

Alla data del 30 novembre 2015 sono state effettuate presso la Stroke Unit del Presidio Cattinara-Maggiore 72 trattamenti con rt-PA (Alteplase®) – i casi sono registrati sul Registro internazionale SITS (<https://sitsinternational.org/>).

### **3.4.2. Emergenza urgenza**

#### **Emergenze cardiologiche**

**Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle emergenze cardiologiche con individuazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito**

garantiranno il coordinamento della funzione *Hub* di II livello estendendo le attività di audit e valutazione di qualità e performance anche agli altri soggetti territoriali ed ospedalieri definiti dal processo di riforma del SSR

attiveranno il protocollo transfrontaliero per il trattamento delle emergenze cardiologiche per i cittadini UE residenti nella Regione Litoranoo-Carsica della Repubblica slovena

consolideranno il riferimento AOUTs dei pazienti colpiti da infarto acuto del miocardio STEMI dal limitrofo territorio sloveno (circa 50 casi/anno)

proseguiranno nel raccordo 118/Cardiologia ospedaliera anche con trasmissione ECG dalla scena

**3.4.3. Emergenza urgenza****Trauma**

Le Aziende si impegnano, per le parti di competenza, a contribuire attivamente alla costruzione della rete dedicata alla traumatologia

garantire l'intervento ortopedico entro 48 ore dall'accesso almeno al 70% dei pazienti di età superiore ai 65 anni con frattura di femore

attivare un piano di miglioramento per le maggiori criticità riscontrate nel corso delle fasi di implementazione del PDTA ed in particolare attivare uno specifico gruppo di lavoro per informatizzare l'attuale scheda di valutazione multidimensionale (SMD) ed integrarla con le schede di valutazioni assistenziali

A questo proposito, sarà ulteriormente implementato e migliorato il PDTA sul trattamento della frattura di femore e di protesi d'anca sviluppato nel 2014 con:

- estensione del programma e delle azioni formative/informative mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA
- monitoraggio del percorso per i pazienti con frattura di femore e per i pazienti sottoposti ad intervento di artroprotesi d'anca elaborato dai professionisti di AOUTs e AAS1 nel corso del 2014
- miglioramento delle fasi di accesso e dei tempi di attesa e permanenza del paziente in pronto soccorso
- miglioramento di alcuni indicatori di processo ed esito per i pazienti gestiti dall' "ortogeriatra"
- riduzione della degenza post-operatoria e miglioramento degli indicatori di processo anche attraverso il mantenimento del tavolo di lavoro sulla continuità riabilitativa
- adeguamento, aggiornamento, integrazione ed INFORMATIZZAZIONE della scheda di valutazione multidimensionale oggi in uso (comprensiva della scala Barthel) utilizzata per valutare processo ed alcuni esiti dei pazienti
- attivazione di uno specifico gruppo di lavoro per informatizzare l'attuale scheda di valutazione multidimensionale (SMD) ed integrare le informazioni con le ulteriori scale richieste dal livello regionale (Rankin e CIRS) nei sistemi clinici informatizzati territoriali ed ospedalieri utilizzati per valutare il processo e l'esito della casistica trattata (proposta di inserire tali modalità nel piano di sviluppo regionale INSIEL). Questa sarà utilizzata nel corso dell'anno per assegnare correttamente un appropriato "setting" di continuità riabilitativa, domiciliari o residenziali (comprensive di RSA)

**3.4.3. Emergenza urgenza****Pronto soccorso ed emergenza urgenza**

Le Aziende si impegnano, per le parti di competenza, a contribuire attivamente al miglioramento delle performance attraverso:

- la riduzione dei ricoveri dopo accesso al Pronto soccorso
- riduzione degli accessi evitabili
- l'incremento dei pazienti registrati in pronto soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora (valore atteso: 65% e media regionale 2014 del 66,19% - fonte MeS Bersaglio). Nel 2015 il dato registrato da SEI ha indicato che l'indicatore MeS-Bersaglio 16.2 è gradualmente incrementato da un valore di partenza (gennaio) di 39,5 a quello attuale (ottobre) del 50,8%
- l'incremento dei pazienti con codice verde triage non inviati a ricovero che permangono in pronto soccorso meno di 4 ore (valore atteso: 75% e media regionale 2014 del 72,02% - fonte MeS

Bersaglio) Nel 2015 il dato registrato da SEI ha indicato che l'indicatore MeS-Bersaglio 16.3 è gradualmente incrementato da un valore di partenza (gennaio) di 39,3 a quello attuale (ottobre) del 48,5%

- il mantenimento del servizio di assistenti di sala per il paziente in attesa presso il pronto soccorso
- il mantenimento dei cosiddetti "percorsi brevi" per le specialità di urologia, ORL, odontoiatria, oculistica, dermatologia, ferite difficili e ortopedia
- gestione della cronicità in modalità proattiva (bundle BPCO, pazienti con scompenso cardiaco di grado lieve)
- miglioramento del percorso di accesso e gestione interna dei pazienti con ictus e con frattura di femore
- ampliamento dell'area dell'osservazione breve intensiva ai pazienti geriatrici come modalità di migliore gestione delle persone con casistica border-line fra ospedale e territorio-domiciliarità (attivati il 16 ottobre 4 p.l. osservazione breve geriatrica riconvertendo posti letto della stessa UCO e contestuale richiesta in Regione e Insiel di nuovo contratto per estensione SEI presso la SC di Geriatria)

definizione di un'area di "see-and-treat" per il trattamento delle patologie ortopediche minori e miglioramento della guardia ortopedica h24

#### **3.4.3. Reti di patologia**

##### **Malattie rare**

partecipa con i propri professionisti alla formalizzazione dei percorsi assistenziali di valenza regionale

partecipa all'individuazione dei centri regionali di riferimento per i singoli gruppi di malattie (DM 279/2001)

aggiorna e garantisce il flusso informativo del registro regionale e nazionale della malattie rare di cui al DM 279/2001

#### **3.4.3. Reti di patologia**

##### **Malattie reumatiche**

**Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle malattie reumatiche con formalizzazione di almeno due percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico**

Nel corso del 2016 si prevede la completa la riorganizzazione del servizio di reumatologia con applicazione di quanto previsto dalle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015 (attivazione del servizio autonomo di Reumatologia)

#### **3.4.3. Reti di patologia**

##### **Cure palliative e terapia del dolore**

E' intenzione prioritaria delle Aziende per l'inizio del 2016 formalizzare la costituzione della rete per le cure palliative e la terapia del dolore. (vedi punto 3.3.2).

A Trieste la valutazione del dolore su apposito supporto documentale è già prassi consolidata sia per le strutture residenziali che per l'assistenza domiciliare, così come è ben definita la rete tra i

Distretti e tutte le strutture territoriali, Hospice compreso.

**Evidenza della riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice secondo i tempi e i criteri definiti dalla Regione**

**Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.**

**Favorire la permanenza e la gestione del fine vita a domicilio con incremento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni, rispetto al 2015**

#### **3.4.5. Sangue ed emocomponenti**

AOUTS parteciperà alla raccolta sangue ed emocomponenti contribuendo all'autosufficienza regionale e collabora con il Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti in merito alle attività di frazionamento secondo le modalità previste in sede regionale.

In relazione agli obiettivi regionali garantisce la raccolta:

- a. del sangue destinato al frazionamento industriale per il valore del 2014 (+/-2%)
- b. di plasma da aferesi per il valore del 2015 aumentato del 2%, come previsto dalle Regioni che aderiscono all'accordo interregionale plasma
- c. collaborerà con AOUD e con la Direzione Centrale della Salute alla riorganizzazione delle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti attraverso le Unità di Raccolta Mobili
- d. partecipa al programma Regionale di Emovigilanza a garanzia della sicurezza trasfusionale
- e. l'Azienda ospedaliero-universitaria manterrà le attività previste dal COBUS aziendale al fine di mantenere i buoni livelli degli indicatori di qualità ("proporzione di sacche consegnate e non utilizzate <15%") e azioni specifiche nei contesti ad elevata inappropriata ossia superiore al 10%
- f. in relazione a quanto previsto dalle LG 2016 si manterrà nel corso del 2016 il volume di attività trasfusionale erogata durante il 2014 a favore delle strutture territoriali afferenti ad AAS1 con l'obiettivo di garantire almeno all'80% dei pazienti selezionati (RSA o Residenza per anziani) la trasfusione nella propria struttura di residenza ed evitare l'inappropriato ricovero ospedaliero
- g. nel corso del 2016, il Dipartimento di Medicina Trasfusionale di AOUTS dovrà conseguire il rinnovo dell'Accreditamento Regionale secondo la DGR 2528/2011.

#### **3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza**

Ricoveri DH con finalità diagnostiche

**Riduzione del numero di ricoveri in DH di tipo medico con finalità diagnostiche portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici** – (obiettivo regionale: 30% - valore medio regionale 2014 di 41,76% - fonte MeS Bersaglio). Si fa presente che nel secondo semestre 2014 i DH di tipo diagnostico si sono assestati su un valore pari al 33% (389/1.168). Il dato attuale (primi tre mesi del secondo semestre 2015) indicano una performance pari al 37,3% (122/327). Negli stessi mesi (giugno-settembre) del 2014 l'indicatore era pari al 37,7% (146/387). È evidente la riduzione del valore totale di pazienti trattati in regime diurno di tipo medico (-15%). Pertanto si ritiene che l'applicazione di un indicatore su un fenomeno in netto

calo e sotto costante controllo debba essere rivisto alla luce dei suoi trend annuali e stagionali.

#### Ricoveri medici oltre soglia per il paziente anziano (65+ anni)

saranno attuate misure per conseguire una riduzione dell'indicatore di 3 punti percentuali con l'obiettivo di condurlo ad un valore al di sotto del 4%, oggi prossimi al 7% (valore medio regionale 2014 di 5,49%, fonte MeS-Bersaglio). Si rileva che in questa classe di pazienti (anziani con degenza oltre soglia) insistono il 18% di deceduti. Questi ultimi hanno una degenza media di 40 giorni, ben 100 giorni superiore agli over 65enni con DRG medico che decedono entro soglia

#### Degenza media pre-operatoria nei pazienti elettivi

mantenere il trend di riduzione della degenza media pre-operatoria aziendale registrata nel 2015 da 1,7 a 1,3 giorni (-18%) **al fine di raggiungere l'obiettivo regionale di 0,9**. Un ulteriore decremento sarà possibile attivando particolari protocolli di preparazione del paziente elettivo nelle aree della chirurgia specialistica, in particolare per i pazienti cardio- e neuro-chirurgici. Per questo indicatore vale anche sottolineare la sua bassa specificità rispetto al benchmark regionale (coesistenza di strutture private convenzionate, esistenza di alcune specialità solo in specifiche Aziende, ecc.). Infine, anche il fattore demografico può incidere notevolmente sulla variabilità dei risultati tra i diversi ospedali – obiettivo regionale: al di sotto di 0,9 giorni (valore del network 2014 di 0,79-1,35 - fonte MeS Bersaglio)

#### Ricoveri ripetuti al disotto del 5% (stesso MDC)

ridurre la percentuale di ricoveri ripetuti al di sotto del 5% (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte MeS Bersaglio)

Mettere in campo tutte le azioni necessarie a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA 2012), come previsto dalla Tabella Allegata.

### **3.4.7. Tempi d'attesa**

Le tre Aziende, AAS1, IRCCS Burlo Garofolo e AOUTs concordano da anni un comune piano dedicato al contenimento dei tempi d'attesa per i residenti in Provincia di Trieste.

Nel 2016 proseguiranno le attività di gestione coordinata delle liste d'attesa, puntando a qualificare l'offerta per le prestazioni con maggiore appropriatezza e di quelle con priorità B e D.

Con questa ottica, si prevede entro il primo trimestre del 2016, di predisporre un piano provinciale mirante a conseguire tutti gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale e dalle vigenti normative, nazionali e locali.

### **3.4.8. Rischio clinico**

AAs1 e AOUTs predispongono un unico piano annuale del rischio clinico e garantiscono il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale. Inoltre, diffondono, mettono a regime e monitorano le raccomandazioni ministeriali e dei programmi specifici contenuti nel PRP.

Nell'ottica di prevenire gli errori in terapia con i farmaci antineoplastici e di migliorare la compliance dei professionisti con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, si prevede il completamento della fase di avviamento all'uso, nonché il follow-up e la messa a punto nel tempo, dello strumento software di prescrizione e allestimento unificato di farmaci oncologici (programma Dossier®, B-Mind) incluso nel progetto della nuova UFA aziendale

Per quanto riguarda l'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio si

prevede la messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione", non appena verrà messo a disposizione.

Per la specificità che caratterizza un' Azienda Sanitaria territoriale alcuni indicatori saranno adattati ad una realtà assistenziale di tipo prevalentemente ambulatoriale e domiciliare.

Inoltre, verranno diffuse, messe a regime e monitorate le raccomandazioni ministeriali, in particolare sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori già oggetto del piano del rischio clinico 2015.

**AAS1/AOUTS aderiscono** al programma regionale previsto nelle LG 2016 (linea 3.4.8), garantendo la continuità di verifica, la raccolta dati e la partecipazione ai progetti regionali (ad esempio Polifarmacoterapia nell'anziano), in particolare continuando le azioni su specifici settori, inerenti:

- la sicurezza nella documentazione sanitaria territoriale
- l'implementazione dell'incident reporting
- la prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA e Strutture protette
- le lesioni da pressione
- il controllo del dolore
- la sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci in territorio
- la formazione degli operatori (anche di RSA e Strutture protette), degli utenti e dei MMG sui temi del rischio clinico
- prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, anche obiettivo nel Programma XIII e XIV del PRP
- **reportistica destinata ai medici di medicina generale**
- **reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici**
- **-valutazione dell'aderenza terapeutica alle linee guida regionali**
- **Adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche**
- **Avvio di azioni di miglioramento sulla base delle criticità evidenziate dall'indagine CARMINA;**
- **Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini**

#### **3.4.9. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure**

Le Aziende aderiscono al programma *choosing wisely* e metteranno in atto, laddove non già presenti, sistemi di controllo e monitoraggio al fine di migliorare le attività nei settori segnalati. Per quanto riguarda AAS1 si segnala la marcata riduzione del 2015 (-25%) dell'uso degli inibitori di pompa protonica, il progetto già in campo da anni sul controllo degli psicofarmaci nei pazienti anziani mentre molta attenzione andrà messa nella prescrizione delle RMN per la colonna. Le azioni specifiche e qualificanti per l'ospedale interessano la riorganizzazione dell'offerta prestazionale mirante a concentrare le attività per struttura e volume di casistica, anche in relazione ai migliori esiti riscontrati in letteratura (in particolare chirurgia ed interventistica invasiva).

Inoltre, attiverà nel corso del 2015 le azioni specifiche di contrasto all'inappropriatezza e sovra diagnosi secondo le indicazioni contenute nelle LG 2016.

L'azienda ospedaliera predisporrà nel primo trimestre del 2016 un programma specifico e selezionerà alcuni dei temi previsti dal progetto regionale. Le direttrici dell'intervento saranno concordate anche con i professionisti dei Distretti in modo da rendere omogenee le attività e finalizzarle alle linee di azione integrate sui principali percorsi di cura e di appropriata gestione del paziente una volta dimesso.

Si approfondirà ulteriormente l'appropriatezza prescrittiva dei MMG e degli specialisti (ospedalieri e territoriali) in merito alle prestazioni di *hightech imaging* (RM e TC a carico della colonna, RM muscolo scheletriche, ecc.), richieste per specifiche condizioni anche con l'obiettivo di contribuire ad una riduzione del tasso di utilizzo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale previsto dai Vincoli operativi regionali.

**3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA****3.5. Assistenza farmaceutica**

AAS1 nel corso del 2016 proseguirà tutte le attività di cui sopra dando continuità e approfondimento ai percorsi, in collaborazione con i medici convenzionati (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali interni) e i medici dei Distretti e dei Dipartimenti, concertando con AOOTS il coinvolgimento anche dei prescrittori ospedalieri le cui ricadute sull'assistenza farmaceutica territoriale sono notoriamente rilevanti, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva sia sul piano clinico che economico. AOOTS curerà simili approfondimenti per i farmaci di prescrizione specialistica ospedaliera (sclerosi multipla, antivirali, emato-oncologici, maculopatie ecc).

Il 2016, sarà caratterizzato da tre impegni principali:

- integrazione, costruzione delle sinergie ed omogeneizzazione delle strutture di farmacia dell'ente sanitario territoriale e ospedaliero-universitario

- attivazione della centrale unica di allestimento dei farmaci oncoematologici (UFA)

avvio del protocollo, delle procedure specifiche e delle azioni finalizzate alla centralizzazione del magazzino farmaci della Provincia di Trieste nel magazzino unico farmaci di ASS5 (Pordenone)

1. Potenziamento dell'attività di monitoraggio e degli incontri di audit-feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero divulgando sia la reportistica regionale sia quella prodotta dalle strutture di farmacia dell'ente sanitario territoriale e ospedaliero universitario. Sono previsti almeno 4 incontri di audit-feedback con i prescrittori territoriali, 1 incontro con quelli ospedalieri, potenziando l'integrazione fra ospedale e territorio e l'invio di almeno due report personalizzati "scheda medico" ai MMG. Al fine di garantire il rispetto dei vincoli fissati per la farmaceutica verranno messe in atto opportune azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e all'incentivazione dei medicinali dal miglior profilo di costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia e sicurezza i medicinali dal minor impatto economico.

2. Verranno individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.

3. In particolare l'impegno sarà rivolto ad incrementare l'uso dei biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, a valori non inferiori all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate per i nuovi pazienti, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale.

4. In ambito territoriale si provvederà ad incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 che dovranno tendere ai valori target indicati. Si provvederà alla diffusione di almeno 3 comunicazioni ai prescrittori delle evidenze al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2016. AAS1 valuterà inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia. AOOTS si impegna ad utilizzare in modo esteso i farmaci a brevetto scaduto (indicatori AIFA-MEF, Tabella successiva) e dei farmaci con il miglior rapporto costo-efficacia.

5. Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata, si favorirà nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che a

<p>parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR. Verranno messi in atto idonei percorsi volti alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle AAS di residenza del paziente.</p>
<p>6. Si assicurerà la distribuzione diretta a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali garantendone l'appropriatezza d'uso. Nel 2016 sarà garantita l'erogazione diretta nel 100% delle strutture. L'Azienda assicurerà la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia attraverso l'implementazione di tale attività in almeno il 20% delle residenze protette.</p>
<p>7. AAS1 assicurerà il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti diabetici al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrittibili dei dispositivi per diabetici. Si consoliderà la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica e verranno favorite modalità di distribuzione dei prodotti AFIR (ausili per diabetici) economicamente vantaggiose per il SSR (es. accordi le farmacie, distribuzione diretta).</p>
<p>8. AAS1 adotterà idonee iniziative, al fine di monitorare periodicamente eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza, segnalando contestualmente tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, secondo le modalità concordate.</p>
<p>9. Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS, a partire dal II quadrimestre 2016, da parte di AAS1 e AOTS, sarà garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>
<p>10. AAS1 e AOUTS garantiranno la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia e provvederà, al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza, ad identificare almeno un referente per la tematica tra il personale medico e/o infermieristico per dipartimento.</p>
<p>11. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA sarà effettuata nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di garantirne appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Si assicurerà, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.</p>
<p>12. La cartella oncologica informatizzata sarà implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>
<p>13. Sarà garantita l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, con l'integrale copertura della fase 3 su fase 2, tendendo al 100%.</p>

14. Al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta si implementerà, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito.

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

	% media FVG (gen-set 2015)	Target nazionale a cui tendere %
Classe C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI	82,39%	92,30%
Classe C09DA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI	78,05%	99,30%
Classe C10AA - INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	78,22%	85,90%
Classe G04CB - INIBITORI DELLA TESTOSTERONE 5-ALFA REDUTTASI	32,40%	43,90%
Classe M05BA - BIFOSFONATI	88,16%	93,90%
Classe N03AX - ALTRI ANTIEPILETTICI	60,62%	69,10%
Classe N06AX - ALTRI ANTIDEPRESSIVI	45,13%	57,10%
Classe N02CC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI 5HT <sub>1</sub>	65,81%	69,20%
Classe S01ED SOSTANZE BETA-BLOCCANTI	32,19%	35,70%

**3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI****3.6.1. Anziani**Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale

Nel regolamento di disciplina del Fondo per l'autonomia possibile (FAP), emanato con decreto del Presidente della Regione n.7. dd 8/01/2015, in particolare agli articoli 10, 11 e 12, i quali trattano, nel loro insieme, del sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale, è previsto che i progetti in questione debbano essere sostenuti da un finanziamento congiunto, formato per il 50% con risorse provenienti dal FAP (di competenza del Servizio sociale dei Comuni) e per il restante 50% da risorse messe a disposizione dalle AAS1, aggiuntive e non sostitutive di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.

Anche per il 2016 il DSM garantirà la valutazione congiunta delle persone che possono usufruire del Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale. Tutti i progetti saranno sostenuti con un finanziamento congiunto tra Servizio sociale dei Comuni e AAS1.

**3.6.1. Anziani**Processo di riclassificazione delle residenze per anziani:

A seguito dell'adozione del D.P.Reg. 144/2015 che disciplina, tra l'altro, il processo di riclassificazione dei servizi semiresidenziali e delle residenze per anziani, nell'anno 2016 l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" collabora all'attuazione del processo attraverso:

- la verifica dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015);
- la valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2);
- il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015).

**3.6.1. Anziani**Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti

Sarà garantita la partecipazione all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015. Inoltre, in continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, sono inoltre previsti i seguenti obiettivi/azioni:

1. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani:

- proseguire nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzerà almeno tre nuove visite di audit approfondite;
- provvedere a redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti

2. Sistemi informativi:

- 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.

### 3. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG

- valutare, 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 mezzo di un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti

### 4. Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità

- esercitare la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità (nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006). Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.

- effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza;

### **3.6.2. Minori**

#### **Affido**

E' già vigente tra AAS1 e Ambiti della provincia un protocollo operativo sull'affido familiare che è in linea con i contenuti delle linee guida regionali (DGR 1115 dd 12./06/15). L'attività integrata sulla tematica è consolidata. Da diversi anni l'Azienda mette a disposizione ore settimanali di psicologo dei Consulteri Familiari per le attività del Servizio Affidi gestito dal Comune di Trieste, oltre agli interventi sanitari e sociosanitari dei Distretti nella presa in carico dei minori e delle famiglie target-

### **3.6.2. Minori**

#### **Adozioni**

Per il 2016 si conferma la partecipazione di AAs 1 con un proprio rappresentante al tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle linee guida per le adozioni internazionali e nazionali, per fornire indicazioni operative relativamente all'iter adottivo nel suo complesso.

Continuerà parallelamente, all'interno dei Consulteri Familiari di AAS1, il lavoro di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza relativamente all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti.

### **3.6.2. Minori**

#### **Minoranze linguistiche**

Nel corso del 2016 verrà rinforzato il servizio psicopedagogico per la minoranza slovena.

### **3.6.3. Piani di Zona**

Nell'anno 2015 si è formalmente concluso il triennio di validità del Piano di Zona di cui all'art. 24 della Legge Regionale 6/2006 "sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale". Tuttavia gli obiettivi e le azioni intraprese nelle aree d'integrazione socio sanitaria, formalizzati anche in specifici protocolli da parte delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria e dei Servizi Sociali dei Comuni, rimangono attuali e da implementare nel corso del 2016 considerando, altresì, che la Regione procederà, in attuazione dell'art. 25 della Legge Regionale 17/2014, alla revisione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione da assicurare da parte delle Aziende e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Si prevede pertanto per il 2016 una continuità della pianificazione locale e il rinnovo dell'"atto di intesa" da parte delle Aziende congiuntamente ai Servizi Sociali dei Comuni.

Occorre peraltro considerare che l'anno 2016 si caratterizzerà per rilevanti innovazioni sul piano istituzionale e programmatico in quanto verranno, da un lato, attivate le Unioni Territoriali Intercomunali di cui all'art. 5 della Legge Regionale 26/2014 "Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia" che assumeranno dai Comuni le funzioni del sistema locale dei servizi sociali e, dall'altro, la Regione definirà la programmazione sociale per il prossimo triennio.

### 3.7. SISTEMA INFORMATIVO

#### 3.7.1 Sistema informativo

Il 2016 sarà caratterizzato dall'unificazione delle due aziende triestine e dal conseguente processo di omogeneizzazione delle conoscenze, dei metodi operativi e delle attività propri delle strutture ITC dell'azienda territoriale e dell'azienda ospedaliero-universitaria.

Nel corso del prossimo anno avrà inoltre inizio il complesso percorso di riqualificazione del presidio di Cattinara che porterà fin da subito un forte impatto sull'attività ITC. Le Aziende dovranno garantire adeguati livelli di sicurezza e continuità operativa e realizzare quanto previsto in modo trasversale in numerose linee della DGR 2559 dd 22/12/2015.

*Si vuole far presente, tuttavia, che molti applicativi in uso non sono adeguati ai percorsi clinici multidisciplinari e/o complessi che sono stati attivati tra le due Aziende e, a volte, si sono dimostrati tecnicamente obsoleti e vincolanti sulla configurazione dei client. A queste criticità si sommano la necessità di avere adeguati investimenti tecnologici e di risorse umane necessarie per le attività di analisi, progettazione, programmazione, attuazione e valutazione post avvio.*

Si auspica quindi tra l'altro di poter avere al più presto a disposizione una suite di software organica e rinnovata, sia tecnologicamente che dal punto di vista della capacità di risposta ai bisogni organizzativi e clinici, che in primis non introduca rischi per il paziente, con particolare attenzione alla privacy e con requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi. Il tutto integrato ed integrabile in modo semplice ed efficace con i software specialistici in uso e che verranno acquisiti e con gli apparecchi medicali di moderna concezione.

Le azioni e attività che rientrano nelle competenze specifiche della struttura ITC delle Aziende triestine intercettano in modo trasversale numerose linee previste nella DGR 2559/2015. Gli interventi previsti sono descritti nelle corrispondenti linee.

L'azienda garantirà la firma digitale su:

- G2 clinico referti ambulatoriali (esclusa radiologie, compresa medicina trasfusionale) > 80%;
- G2 clinico referti ambulatoriali di radiologia > 98%: la percentuale potrà essere ottenuta solamente includendo anche l'inserimento a sistema di copie digitali conformi all'originale analogico;
- G2 clinico lettera di dimissione > 80% da quando verrà messa a disposizione la classe documentale e verrà attivata la relativa conservazione a garanzia della validità della firma e quindi del documento stesso;
- cardionet referti ambulatoriali > 80%;
- cardionet lettera di dimissione > 80% da quando verrà messo a disposizione il software da parte di Insiel;
- dnlab (laboratorio, microbiologia e medicina trasfusionale) > 98%;
- anatomia patologica > 98%;
- ECCG > 80% da quando verrà messo a disposizione uno strumento a ciò atto (modulo di firma Insiel integrato con l'attuale sistema Mortara in uso, oppure modulo di firma Mortara e integrazione con i sistemi di visualizzazione Insiel e di conservazione regionale, oppure nuovo sistema ECCG completo di modulo di firma integrato con il SIO e con il sistema di conservazione regionale e utilizzabile con gli apparecchi per l'ECCG a disposizione o rinnovo degli stessi).

Un corollario necessario all'estensivo utilizzo della firma digitale e per garantire la vera dematerializzazione (eliminazione delle stampe) si segnala l'esigenza di poter disporre di uno strumento informatico che garantisca la completezza della cartella clinica con il "link" all'originale:

ossia una stampa da sistema della lista dei documenti firmati, filtrati almeno per data e per intero episodio (stampa da sistema).

<p>Obiettivo aziendale</p> <p><b>Ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale</b></p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica</b></p>
---	--

### 3.7.2 PACS

AOUTs intende mantenere gli standard di qualità, sicurezza e continuità di servizio caratteristici del sistema PACS ospedaliero in essere, anche nell'ottica dell'unificazione con l'azienda territoriale, dell'integrazione con il sistema regionale e, a tendere, dell'integrazione nell'infrastruttura IT dei sistemi dell'IRCCS Burlo Garofolo. Auspica inoltre di poter proseguire nel percorso di estensione della digitalizzazione di tutte le bioimmagini prodotte in azienda in ogni settore clinico e di ampliamento delle possibilità di valutazione quantitativa specialistica sull'imaging diagnostico.

Per quanto riguarda le indicazioni pianificatorie regionali, collaborerà:

- a. All'implementazione del caso d'uso consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, che rientra nel progetto di integrazione nel sistema PACS Regionale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy sulla base di indicazioni regionali.**
- b. Al completamento e all'estensione del percorso di integrazione dei sistemi PACS delle aziende della Provincia di Trieste verso il PACS Regionale**

## Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

(Decreto del CS n. 378 dd. 29/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)

Rilievo Aziendale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA
	Riassetto Ospedale Maggiore (quota comprensiva anche degli attrezzaggi informatici, tecnico-economici e biomedicali)	1.000,0		1.000,0
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>1.000,0</b>	-	1.000,0
	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA
	Biomediche	1.493,0		1.493,0
	Informatiche	85,0		85,0
	Altro	17,0		17,0
	<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>1.595,0</b>	-	1.595,0
	<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>2.595,0</b>	-	2.595,0

Rilievo Regionale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali
	Riordino Rete Ospedaliera Triestina: Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara, nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo ed adeguamento logistico del comprensorio (quota 2015)	15.000,0		15.000,0	
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo regionale</b>	<b>15.000,0</b>	-	15.000,0	-
	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali
	Biomediche	2.200,0		2.200,0	
	Informatiche				
	Altro				
	<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo regionale</b>	<b>2.200,0</b>	-	2.200,0	-
	<b>B) Totale rilievo regionale</b>	<b>17.200,0</b>	-	17.200,0	-

<b>Importo totale del piano degli investimenti (A+B)</b>	<b>19.795,0</b>
--	-----------------

di cui:

<b>Interventi edili e impiantistici</b>	<b>16.000,0</b>
---	-----------------

<b>Beni mobili e tecnologie</b>	<b>3.795,0</b>
---------------------------------	----------------

## Elenco delle attrezzature e beni mobili di rilievo

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo complessivo
X	Risonanza magnetica 3T	Radiologia Cattinara	1	2.200
	Apparecchiature per emodialisi	Nefrologia e Dialisi	17	170
	Sistemi per endoscopia e per urologia	Varie	10	145
	Apparecchiature per ventilazione polmonare e anestesia e per monitoraggio	Rianimazione Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza e Iperbarica	22	780

## Copertura finanziaria del piano degli investimenti

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali</b>	-
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>2.595,0</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	<b>17.200,0</b>
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	-
<b>Risorse proprie</b>	-
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	
Altro	
<b>Totale:</b>	<b>19.795,0</b>
<b>Disponibilità complessiva:</b>	<b>19.795,0</b>

## Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine

Le Linee di gestione 2016, dispongono che l'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 operino in maniera integrata e presentino un piano unico, ma predisponendo due bilanci distinti.

Per questa ragione il capitolo delle progettualità è comune alle due aziende.

### 3. LE PROGETTUALITA'

#### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

<b>3.1.1 Atti aziendali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della proposta di atto aziendale della nuova Azienda sanitaria universitaria integrata n.4	Proposta definita ed inviata alla DCS entro il 31.12.2016

<b>3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/14, 929/15 e 2151/15</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Revisione posti letto per acuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione attuata entro il 30.6 per i posti letto ordinari, con esclusione dei nuovi p.l. di stroke unit e UTIC</li> <li>- Attuazione dell'intervento strutturale per l'attivazione dei 12 p.l. di stroke unit, così come previsto dalla DGR 2673/14 entro il 31.12.2016</li> <li>- Attivazione, in via transitoria, dei posti letto di epatologia anche in sede diversa da quella definitiva entro il 31-3 e attivazione della struttura autonoma di Epatologia entro il 31-12-2016 (vedi anche linea 3.10.1)</li> <li>- Revisione dei posti letto di DH entro il 30.9</li> </ul>
Revisione posti letto per le funzioni di	Revisione attuata entro il 30.6

riabilitazione dell'IMFR	
RSA – attuazione DGR 2151/15	Revisione delle convenzioni in essere con i privati accreditati entro il 30.6

### 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

### 3.1.4 Piano Emergenza Urgenza

Obiettivo	Risultato atteso
Avviare la nuova distribuzione delle ambulanze e delle automediche	Entro il 31/3, compatibilmente con i tempi di reclutamento del personale necessario e di acquisizione dell'automedica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- posizionamento di ambulanza tipo A H24 a San Pietro al Natisone, in aggiunta a quella tipo A H24 di stanza a Cividale;</li> <li>- assunzione servizio postazione di Tarcento;</li> <li>- revisione servizio notturno con ambulanza tipo A in sostituzione mezzo tipo B postazione di Udine</li> <li>- attivazione automedica postazione di Udine</li> </ul>
Riorganizzare il PS di Cividale in Punto di Primo Intervento e di attività ambulatoriale di Cividale e San Pietro al Natisone	Entro il 31.3 predisposizione della revisione dei modelli organizzativi da attuarsi nei tempi che saranno concordati con la DCS, con l'avviamento di attività infermieristiche funzionali ed integrate alla continuità assistenziale
<b>Piano dell'Emergenza Urgenza</b>	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</b>

### 3.1.5 Piano Sangue

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue</b>

### 3.1.6 Piano Oncologico

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano oncologico</b>

<b>3.1.7 Piano della Riabilitazione</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano, con particolare attenzione allo sviluppo del ruolo di Ospedale di 3° livello riabilitativo del Gervasutta	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della riabilitazione</b>

<b>3.1.8 Piano della Salute Mentale</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	<b>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale</b>

<b>3.1.9 Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Laboratori analisi e Microbiologie e virologia	Trasferimento all'AOUUD delle funzioni di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia attualmente inserite nei presidi ospedalieri di Latisana-Palmanova e San Daniele-Tolmezzo a partire dal 1.1.2016 e progressivo adeguamento di quanto previsto dal piano di attivazione del L.U.I., trasmesso alla DCS in data 31.7.2014.

**3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.2 Promozione della salute e prevenzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione	Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti

<b>3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Continuare il progetto "Cardio 50" con arruolamento del 50% della popolazione eleggibile entro il 2016	Arruolamento entro il 2016 del 50% della popolazione eleggibile
<b>Giungere, entro il 2016 alla formale adozione, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.</b>	<b>Adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare</b>
<b>Le aziende realizzano almeno un corso residenziale ciascuna su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve. Entro il 2016 è formato almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di 1 corso residenziale</li> <li>- Formazione di almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria attraverso i corsi FAD organizzati per tutte le aziende da AAS1</li> <li>- Invio report a DCS con numero operatori formati</li> </ul>
Coordinare un gruppo di lavoro inter-professionale (psichiatri, pediatri, MMG, operatori della salute mentale, anche dell'età evolutiva, e del distretto) per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi; avviare la formazione di MMG e PLS	Documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS

<b>3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adesione pari al</li> <li>- 65% per la cervice uterina</li> <li>- 65% per la mammella</li> <li>- 70% per il carcinoma del colon retto</li> </ul>
Predisporre un piano di riorganizzazione	Piano di riorganizzazione attività senologica

<p>delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"</p> <p><i>Obiettivo integrato tra AAS 4 e AOUUD</i></p>	<p>predisposto.</p>
<p>Concordare un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.</p>	<p>Proposta di protocollo <b>condivisa con le altre aziende</b> inviata alla DCS per l'adozione formale</p>
<p>Unità senologica AOUUD: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>I radiologi certificati assicurano la lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico</p>
<p>Unità senologica AOUUD: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</li> <li>- percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
<p>Servizio di endoscopia AOUUD: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali <math>\geq 95\%</math></p>
<p>Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016</li> <li>- Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</li> </ul>
<p>Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.</p>	<p>Anagrafe sanitaria aggiornata</p>

Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	L'azienda utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening
---	---

### 3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale <b>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.</b>	Risultato atteso: <b>- Garantire la partecipazione ai lavori</b> <b>- Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita</b>
<b>Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</b>	<b>Report di monitoraggio del programma regionale</b>

### 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	Report di attività alla DCS
Realizzare le attività previste dal programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Programmi avviati o iniziative realizzate
Definire un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio	Flow-chart adottata formalmente
Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)

### 3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce	Realizzato almeno un corso di formazione

delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo	
--	--

**3.2.6. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda

**3.2.7. Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare una mappatura degli stakeholders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.	Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS

**3.2.8. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare le attività previste dal Programma VII PRP, coordinato dall'AAS1	Report congiunto di monitoraggio delle attività previste inviato alla DCS
Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	Un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
Eseguire in Pronto Soccorso la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico	La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in Pronto Soccorso

**3.2.9. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Coordina i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Proposta di linee guida regionali
Partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo) - 10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)
Individuare un'azienda referente per la realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Corso realizzato
Partecipare al programma di formazione sull'audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile	- Almeno 3 operatori formati - Realizzazione di una scheda di audit
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

### **3.2.10. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- 5% delle aziende vigilate Agricoltura 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti/aziende agricole selezionati in base ai criteri individuati dal gruppo di lavoro regionale Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in atto negli ultimi 5 anni
<b>Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo</b>	<b>Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria</b>

<b>3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare in modo coordinato, corsi accreditati e iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Realizzazione di: - 1 iniziativa a livello provinciale e 1 a livello regionale <b>- 2 corsi accreditati</b>
Completare la vigilanza sulla valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate dal progetto nazionale	Report di attività alla DCS
Redigere, adottare formalmente e avviare un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP	- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Istituzione del registro aziendale degli accertatori - Offerta di percorsi per smettere di fumare <b>- Adozione di regolamento regionale sul fumo</b>
Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita	Corso effettuato

<b>3.2.12. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	Report della DCS
Alimentare le banche dati informo e malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS

Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Il 25% delle verifiche effettuate da ogni azienda è inserito a data base
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004	100% delle anagrafiche inserite

**3.2.13. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuare le attività del "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, con la definizione di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse	E' redatto un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale, in coerenza con i risultati dell'indagine effettuata nel corso del 2015
Partecipazione al tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 per approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.	Partecipazione delle aziende al tavolo VIS
Realizzare, attraverso i Dipartimenti di prevenzione in collaborazione con ARPA, iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali. L'AAS, relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon. Dopo aver condiviso i contenuti formativi nell'ambito del tavolo VIS, individua in modo	Un evento formativo per progettisti e uno per operatori

coordinato un'azienda referente, che con la collaborazione di ARPA realizza un evento formativo per progettisti e uno per operatori.	
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	Almeno 1 controllo eseguito
In qualità di referente regionale per la cosmetico vigilanza, organizzare e realizzare un evento formativo per le imprese sul rischio chimico nei cosmetici ed in campo estetico (pigmenti per tatuaggio)	Evento formativo realizzato
<b>Sensibilizzare gli "end users" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH: i Dipartimenti di Prevenzione provvedono a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una AAS capofila per l'organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP</b>	<b>Evento formativo realizzato</b>
Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviare al COR Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- Dati inviati al COR - Schede ReNaM trasmesse per tutti i casi di mesoteliomi indagati nel 2016 - I dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare; dopo condivisione della documentazione di riferimento programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione	Report alla DCS con numero di operatori formati

### 3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con	Corso realizzato con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e

vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive)	di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere)
Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale	Flow-chart aziendale
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima	Evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Partecipa ai gruppi di lavoro regionale finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi	Miglioramento delle coperture vaccinali  Report aziendale inviato alla DCS
Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali. <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Indicatori regionali monitorati
Effettuare la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza (AOUUD)	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Effettuare la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici (AOUUD)	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>La PPS verrà effettuata nel 2017</b>
Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Evento di formazione realizzato
Partecipare alla stesura e adozione delle linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	- aggiornata procedura aziendale di notifica delle malattie infettive e di organizzazione dell'indagine epidemiologica in corso di MTA <b>- Adozione formale delle linee guida regionali</b>
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano

<b>3.2.15. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers...) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Realizzato un intervento formativo/informativo
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship <i>Obiettivo integrato AOJUD AAS 4</i>	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche <i>Obiettivo integrato AOJUD AAS 4</i>	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

<b>3.2.16. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo (AOJUD)	- gruppo aziendale costituito e referente individuato - adozione formale del piano
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF (AOJUD)	Report di autovalutazione
Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Censimento con monitoraggio delle attività inviato alla DCS
Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e	Dati inseriti

realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	
Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011	Evento realizzato

### 3.2.17. Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni.
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
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 2015	Definire ed attuare: n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2016 il n .audit per settore programmati per il 2016 n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN. Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015.	Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: carni suine e avicunicole carni di specie diverse prodotti lattiero caseari di malga vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di	Controllare gli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale

Aujeszky dei suini.	
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare gli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2015
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

**3.3 ASSISTENZA PRIMARIA**

<b>3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria</b>	
<b>Sviluppo dell'assistenza primaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aggiornamento/revisione del Piano dell'assistenza primaria	PAP aggiornato entro 60 giorni dall'emanazione delle indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, delle stesse
Attivazione di tutte le AFT	Attivazione entro il 30.6.2016 di tutte le AFT Evidenza dell'utilizzo, quale strumento di governo e gestione dell'assistenza primaria, dei regolamenti di esercizio per l'individuazione degli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative
Avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP per Azienda	Avvio di almeno 3 CAP entro il 2016
Avviare incontri strutturati e continui con i cittadini, per le finalità di cui all'articolo 19 della legge regionale 17/2014	Effettuare almeno 2 incontri per ogni Distretto

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Accreditamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire supporto all'attività regionale di accreditamento <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Collaborare con la Regione nel reclutamento di nuovi valutatori, e nell'addestramento e la messa a disposizione dei valutatori formati
Completare l'accREDITamento di tutti gli ospedali <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Rispetto del programma annuale dell'organismo accreditante

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Odontoiatria sociale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuazione del programma in tutto il territorio regionale predisposto a cominciare dalle prestazioni odontoiatriche urgenti e delle categorie di soggetti previsti dai LEA e dalle protesi dentarie secondo criteri definiti nell'apposito documento	Entro giugno 2016 sarà definito un programma di graduale attuazione di quanto definito nell'apposito documento regionale

regionale <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	
---	--

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Cure palliative</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione e accreditamento delle reti per le cure palliative e per la terapia del dolore <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	E' istituito un servizio di coordinamento sovra distrettuale della rete delle cure palliative, finalizzato all'aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale.

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali,	Recupero di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2015
Realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica	Revisione qualitativa della dotazione organica con l'aumento del numero di educatori professionali rispetto a medici ed infermieri
Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Evidenza di un regolamento attuativo del protocollo DSM/NPIA, in collaborazione con la Clinica Pediatrica, per la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario
Consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del comportamento alimentare <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Potenziare il primo ed il secondo livello, attuando gli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio
Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze	Presenza di un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale
Produzione di almeno 3 indicatori di outcome	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

#### Progetto: Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione all'attività dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria	E' garantita la partecipazione all'attività
Attivare il gruppo tecnico per la prevenzione dei suicidio e dei gesti autolesivi in carcere	Il gruppo tecnico è attivato
Garantire la presa in carico, la gestione integrata e la continuità assistenziale delle persone detenute dall'ingresso in strutture penitenziarie, durante la permanenza, nel caso di trasferimento ed al momento del rilascio.	Attivazione di un gruppo tecnico aziendale finalizzato al coordinamento dell'erogazione dei servizi per la tutela della salute della popolazione carceraria

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

#### Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione dell'attuazione del programma per la gestione transitoria della funzione di superamento degli OPG	Sono promosse iniziative di formazione che riguardano la progettualità terapeutico individuale e la realizzazione di azioni finalizzate alla dimissione e il reinserimento sociale delle persone internate, anche con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria
	Sono attuati gli interventi finalizzati alla ristrutturazione della REMS definitiva da inserire nella rete dei servizi sanitari regionali

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Attuazione del progetto regionale Percorso Nascita  <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-integrazione ospedale e assistenza primaria promuovendo azioni finalizzate alla migliore assistenza e consapevolezza nelle diverse fasi della gravidanza</li> <li>-predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non</li> <li>-azioni per la promozione di un ricorso appropriato al taglio cesareo, al parto operativo e al parto indotto</li> <li>-attivazione di percorsi che privilegino il ruolo dell'ostetrica nella gravidanza fisiologica e la gestione presso i servizi dell'assistenza primaria</li> <li>-adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita</li> <li><b>-temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani aziendali di formazione</b></li> <li><b>-implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso &gt; 2500</b></li> </ul>

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Diabete</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione dei documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica, adottati con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015  <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Integrazione interprofessionale sul percorso del diabete gestazionale e dell'obesità in gravidanza, dalla diagnosi alla gestione assistenziale integrata

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Autismo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare alla definizione della rete di assistenza e di un percorso assistenziale per il cittadino affetto da disturbi dello spettro autistico	L'Azienda contribuisce con i propri rappresentanti esperti nella materia

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Consultori familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Conclusione della ricognizione sull'assetto organizzativo e sulla dotazione di personale in funzione delle attività e dei servizi erogati dai Consultori familiari, strutture operanti nell'ambito dell'area materno-infantile	L'Azienda collabora alla ricognizione

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari</b>	
<b>Cooperazione transfrontaliera</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	<b>Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare.</b> <b>Appare opportuno specificare, per le attività che saranno implementate, anche l'afferenza delle eventuali iniziative al Piano Strategico regionale e alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario, con particolare riferimento all'area materno-infantile e di ricerca</b>

**3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI**

<b>3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p><b>CUORE</b></p> <p>1. Utilizzo presso il Centro trapianti degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)</p> <p>2. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni</p>	<p>1. Almeno l'85%</p> <p>2. <math>\leq 210</math> per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2014 di 226,31 – fonte Bersaglio)</p> <p><b>3. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera cuore e avvio delle attività con individuazione di almeno un percorso assistenziale a valenza regionale relativo a pazienti trapiantati</b></p>
<p><b>RENE</b></p> <p>1. Tempi di immissione in lista trapianto</p> <p>2. Aumento dei casi di trapianto da vivente</p> <p>3. Utilizzo del doppio rene marginale</p> <p>4. Utilizzo presso il Centro trapianti degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)</p> <p>5. Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)</p>	<p>1. Almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi</p> <p>2. Incremento coppie valutate ai fini di trapianto</p> <p>3. Almeno 5 casi</p> <p>4. Almeno il 75%</p> <p>5. Al di sotto del 50% del totale (trapiantati+emodializzati+in dialisi peritoneale)</p> <p><b>6. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b></p>
<p><b>FEGATO</b></p> <p>1. Utilizzo presso il Centro trapianti degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)</p>	<p>1. Almeno l'85%</p> <p><b>2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</b></p>
<p><b>PANCREAS</b></p> <p>1. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete</p>	<p>1. <math>\leq 53</math> casi per milione di residenti (valore medio regionale 2014 di 67,59 x milione – fonte Bersaglio)</p> <p><b>2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera pancreas</b></p>
<p><b>POLMONE</b></p> <p>1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO</p>	<p>1. <math>\leq 70</math> per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2014 del 82,16 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio)</p>

	<b>2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera polmone</b>
Audit organizzativo del Centro regionale trapianti con certificatore esterno	Esecuzione Audit con report

<b>3.4.2 Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>ICTUS</p> <p>1. Aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa</p> <p>2. Definire la fattibilità di una collaborazione con AAS2 e AAS3 per l'effettuazione delle Trombolisi endovenosa/endoarteriosa nell'ospedale di Latisana e di Tolmezzo identificando i criteri operativi e i fabbisogni tecnologici</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala di Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale</p>	<p>1. Almeno 140 trattamenti</p> <p><b>2. I criteri operativi e i fabbisogni tecnologici per l'effettuazione delle Trombolisi endovenosa/endoarteriosa nell'ospedale di Latisana e di Tolmezzo sono definiti entro il 30.6</b></p> <p>3. Almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) (periodo di misurazione 1/7 – 31/12/16)</p>
EMERGENZE CARDIOLOGICHE	- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete delle emergenze cardiologiche con individuazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito</b>
TRAUMA	<p>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti</b></p> <p>- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario <math>\geq</math> 67% (dato 2015 al 30.9 64%)</p> <p>- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario <math>\geq</math> 70% (dato 2015 al 30.9 64%)</p>

<p>PRONTO SOCCORSI ED EMERGENZA URGENZA</p> <p>1. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1h</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore</p>	<p>1. Almeno 65% dei casi (media regionale 2014 del 66,19%)</p> <p>2. &gt;= 75% (media regionale 2014 del 72,2%)</p>
---	--

<b>3.4.3 Reti di patologia</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>MALATTIE RARE</p> <p>Implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001</p>	<p>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali</b></p> <p>- I dati sono inseriti nel registro regionale</p>
<p>MALATTIE REUMATICHE</p>	<p>- <b>Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico</b></p>
<p>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</p> <p><b>1. Formalizzazione ed avvio della rete delle cure palliative e terapia del dolore.</b></p> <p>2. Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione per le strutture sanitarie pubbliche</p> <p><b>3. Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.</b></p> <p><b>4. Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.</b></p> <p>5. Aumento dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età &gt;</p>	<p><b>1. Partecipare con propri professionisti all'elaborazione e organizzazione delle reti, ove richiesto.</b></p> <p>2. Sono utilizzati gli strumenti di valutazione del dolore concordati nell'ambito della rete regionale</p> <p><b>3. Effettuare autovalutazione delle reti assistenziali e Hospice ai fini della riorganizzazione a seguito della formalizzazione regionale della rete</b></p> <p><b>4. Revisionare la documentazione in uso e garantire l'invio mensile dei dati come da indicazioni</b></p> <p>5. &gt;= 10%</p>

ai 65 anni	
REUMATOLOGIA Definizione di un modello organizzativo per l'attivazione di ambulatori reumatologici distrettuali di 1° livello	Modello definito entro il 30.6

<b>3.4.4 Materno Infantile</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Vedi Progetto Percorso nascita linea 3.3.2
<b>Parti cesarei</b>	<b>% Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati &lt; 20% (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio)</b>
Riduzione dei parti indotti farmacologicamente	<= 20% (valore medio regionale 2014 del 26,78%)

<b>3.4.5 Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma	Plasma per la lavorazione di sangue intero: valore 2014 +/- 2 % Plasma da aferesi: valore 2015 + 2%)
Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione	Riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti di elevata inappropriatezza (superiore al 10%)
Limitare l'accesso dei pazienti in RSA o in Residenza per anziani agli ambulatori dei servizi trasfusionali per la sola terapia trasfusionale	Almeno l'80% dei pazienti in RSA o in residenza per anziani non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale

<b>3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri	- % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica <= 30% per gli adulti e <=50% per i pediatri (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatri - fonte Bersaglio)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni <math>\leq 4\%</math> (valore medio regionale 2014 di 5,49% - fonte Bersaglio)</li> <li>- degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati <math>\leq 0,9</math> (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 – fonte Bersaglio).</li> <li>- % di ricoveri ripetuti con stessa MDC in una struttura regionale, entro 30gg <math>\leq 5\%</math> (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).</li> </ul>
--	--

### 3.4.7. Tempi d'attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Il Piano di contenimento dei tempi d'attesa AAS4/AOUUD è redatto in una logica di integrazione con le strutture private presenti nel territorio aziendale.	Il Piano integrato per il contenimento dei tempi d'attesa è definito entro il 31.1.2016
Adeguamento delle agende per la prenotazione on line	Le agende di prenotazione di tutte le prestazioni vengono adeguate per consentire la prenotazione on line entro il 30 giugno 2016 per le priorità P e entro fine anno per la priorità D, secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale
Rispetto dei tempi d'attesa secondo le regole di accesso definite dalla DGR 2034/2015 per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati	<p>Vengono garantiti i tempi d'attesa previsti per:</p> <p><u>Specialistica ambulatoriale:</u></p> <p>priorità B <math>&gt;95\%</math>,  priorità D <math>&gt;90\%</math>,  priorità P <math>&gt;90\%</math></p> <p><u>Ricoveri per interventi programmati:</u></p> <p>priorità A <math>\geq 95\%</math>  priorità B, C, D <math>\geq 90\%</math></p>
Monitoraggi dei tempi d'attesa	L'AAS4 e l'AOUUD rispettano i tempi per la trasmissione del monitoraggio ex post regionale e dei monitoraggi ministeriali (ex post e ex ante)
Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Le Aziende intervengono sulle criticità rilevate attraverso il governo dell'offerta (LP/istituzionale), l'utilizzo delle risorse contrattuali, gli accordi con le strutture private accreditate

### 3.4.8 Rischio clinico

Obiettivo	Risultato atteso
-----------	------------------

Avvio di azioni di miglioramento sulla base delle criticità dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015	Definizione di un piano di intervento per almeno 1 delle criticità individuate nell'ambito dell'indagine
Attività del gruppo regionale "Lesioni da pressione"	Prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno, esecuzione di un'indagine di incidenza
Formazione operatori in tema qualità delle cure e sicurezza paziente	Continua attività iniziata nel 2015, rivolta a tutto il personale sanitario delle 2 aziende sulla cultura della sicurezza dei pazienti

### 3.4.8 Rischio clinico

#### Compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, con particolare attenzione

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi raccomandazione ministeriale</li> <li>- Elaborazione procedura integrata AOUUD -AAS 4 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori</li> <li>- Implementazione di azioni specifiche nelle aree aziendali a maggior criticità</li> </ul>
Prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione dell'aderenza dell'attuale procedura aziendale alla raccomandazione ministeriale ed eventuale integrazione di contenuti</li> <li>- Omogeneizzazione delle attività (procedure condivise) e monitoraggio dell'implementazione in ambito ospedaliero e territoriale</li> </ul>

### 3.4.8 Rischio clinico

#### Sicurezza del farmaco

Mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (attraverso indicatori e strumenti già in essere con un ulteriore focus sulle persone con 80 anni o più)	Proseguire il monitoraggio della polifarmacoterapia per persone over 65 e over 80 (almeno 2 rilevazioni)
Riduzione dei rischi da interazione più frequenti così come emerso dalle sorveglianze regionali effettuate	Adottare interventi mirati alla riduzione del rischio da interazione (corsi di formazione, uso di software, riconciliazione terapeutica)
Sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali	Implementazione e monitoraggio in almeno 2 setting ospedalieri e 2 territoriali
Predisposizione e diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG	Predisposizione ed invio (a cura della Farmacia territoriale sulla base delle indicazioni regionali) dei report per MMG a cadenza almeno annuale

<b>3.4.8 Rischio clinico</b>	
<b>Adozione delle misure di "antimicrobial stewardship"</b>	
Valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali	Survey su cartelle di pazienti da estrarre nell'ambito del campione di cartelle per gli indicatori di governo clinico
Adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche	Diffusione e monitoraggio applicazione procedure regionali, opuscolo riassuntivo su utilizzo antibiotici, politica aziendale per uso corretto cefalosporine e fluorchinolonici
Diffusione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici	Predisposizione a cura delle Farmacie dei report per medici prescrittori a cadenza almeno annuale (vedi anche linea 3.2.15)

<b>3.4.8 Rischio clinico</b>	
<b>Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio</b>	
Messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione"	Implementazione a tutte le strutture del modello su G2 già sperimentato presso alcune strutture
Predisposizione e diffusione di materiali informativi destinati ai cittadini	Definizione di un progetto aziendale per la diffusione dell'Handbook pazienti con avvio dello stesso e successivo monitoraggio

<b>3.4.10 Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati</b>	
<b>Supporto attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Supporto all'analisi dell'Osservatorio Ambiente Salute in relazione al progetto di monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola, condotto dalle aziende Aas1 – Aas2 – Aouts</b></li> <li>- <b>Supporto alle attività deliberate dall'Osservatorio Ambiente Salute</b></li> </ul>

**3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA**

<b>3.5 Assistenza farmaceutica</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione dell'UFA (unità di allestimento dei farmaci antitumorali) AOUUD/AAS3	Nel corso del 2016 sarà definito il modello organizzativo sulla base di quanto già prodotto dal gruppo di lavoro nel corso del 2014 e, a seguito del necessario aggiornamento dello specifico applicativo da parte di INSIEL, sarà stipulato l'accordo per la gestione dell'UFA anche nel territorio dell'AAS 3 da parte dell'AOUUD
Forte potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale / ambulatoriale / ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore).	Potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (il monitoraggio va integrato con azioni/iniziative specifiche per i medici nei diversi ambiti assistenziali). L'AOUUD assicura alle aziende la disponibilità delle informazioni relative a spesa, consumi e setting d'impiego necessarie alla piena valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate agli assistiti
Individuati di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale / ambulatoriale / ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.	Sono individuati specifici obiettivi per i prescrittori aziendali nel documento di budget-piano della prestazione
Le prescrizioni di bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale.	Quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate
In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 devono tendere ai valori target indicati.	- Si assicura il monitoraggio dei farmaci di Tab. 1 sottoriportata. - Raggiungere i target di Tabella 1, compatibilmente con le riorganizzazioni previste dal presente piano - Si assicura la valutazione dell'appropriatezza d'uso di antipsicotici e PPI nelle Case di Riposo in

	cui è stata effettuata la revisione delle terapie.
Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata sono favoriti anche nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR..	L'AOUUD in tale ambito definisce con l'AAS4 di residenza del paziente, idonei percorsi che consentano la valutazione del rispetto di tali indicazioni
Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare deve essere inoltre garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria assicurando la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia. L'implementazione di tale attività dovrà essere assicurata in almeno il 20% delle residenze protette	<b>Si assicura la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture di AAS 4. Si assicura l'implementazione delle attività di revisione delle terapie, con intervento multidisciplinare, nel 20% dei pazienti residenti nelle strutture protette</b>
Continua ad essere assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di 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. Dovranno inoltre trovare applicazione in ambito aziendale ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici oltre ad azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva anche modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es.diretta, accordi con le farmacie).	Compatibilmente con la disponibilità dei dati di prescrizione, si assicura il monitoraggio e la verifica di appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa Si assicura l'applicazione in ambito aziendale di ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, si prevedono iniziative per favorire la distribuzione diretta di i ausili per diabetici e di azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva e modalità di erogazione vantaggiose (es. diretta, accordi con le farmacie). Tale obiettivo sarà perseguito in una logica di integrazione tra i servizi farmaceutici aziendali

Oviare ad eventuali carenze di medicinali nelle farmacie convenzionate	L'Azienda monitora eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza e segnala tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia secondo le modalità concordate
Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS, per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale. Inoltre, a partire dal II quadrimestre 2016, per tutte le Aziende (anche quelle non ancora servite dalla logistica centralizzata EGAS), dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive	Si assicura la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale Si garantisce il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive (a partire dal II quadrimestre 2016)
Sono promosse le iniziative di farmacovigilanza anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza è opportuno che per ogni struttura/reparto venga individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica	Si assicura la partecipazione alle attività regionali di farmacovigilanza E' individuato almeno un referente per dipartimento
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. In riferimento a tale indicazione l'erogazione	Si assicura l'erogazione dei farmaci soggetti a registro AIFA e l'appropriatezza d'uso nel rispetto delle indicazioni prefissate, con compilazione di tutti i dati richiesti dal registro al fine di consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing Si assicura il controllo dei Piani Terapeutici e il rispetto delle note AIFA per tali medicinali.

dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Va inoltre assicurato, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA	
La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti	E' assicurata l'implementazione dei campi della cartella oncologica per il 95% dei pazienti
Le Aziende sanitarie assicurano: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura	E' assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. E' garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) Il codice targatura è inserito a sistema per la distribuzione diretta in modalità PSM
La Aziende al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta implementano, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito	I dati identificativi dell'assistito sono inseriti nel sistema informativo

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS)

	% media FVG (gen-set 2015)	Target nazionale a cui tendere %
Classe C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI	82,39%	92,30%
Classe C09DA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI	78,05%	99,30%
Classe C10AA - INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	78,22%	85,90%
Classe G04CB - INIBITORI DELLA TESTOSTERONE 5-ALFA REDUTTASI	32,40%	43,90%
Classe M05BA - BIFOSFONATI	88,16%	93,90%
Classe N03AX - ALTRI ANTIEPILETTICI	60,62%	69,10%
Classe N06AX - ALTRI ANTIDEPRESSIVI	45,13%	57,10%
Classe N02CC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI 5HT <sub>1</sub>	65,81%	69,20%
Classe S01ED SOSTANZE BETA-BLOCCANTI	32,19%	35,70%

**3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI**

<b>3.6.1 Anziani</b>	
<b>Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale	I progetti in questione sono sostenuti da un finanziamento congiunto, formato per il 50% con risorse provenienti dal FAP (di competenza del Servizio sociale dei Comuni) e per il restante 50% da risorse messe a disposizione dalle AAS territorialmente competenti, che devono essere aggiuntive e non sostitutive di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione

<b>3.6.1 Anziani</b>	
<b>Processo di riclassificazione delle residenze per anziani</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Garantire il supporto al processo di riclassificazione delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015);</li> <li>- valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2)</li> <li>- supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015)</li> </ul>

<b>3.6.1 Anziani</b>	
<b>Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani:	<p>Proseguire le attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzare almeno tre nuove visite di audit approfondite.</p> <p>Redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti</p>
Sistemi informativi	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
Sistema di VMD Val.Graf.-FVG	Valutare, 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. La valutazione deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti

**3.6.1 Anziani****Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Esercitare la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità.	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza

**3.6.2 Minori****Affido**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Attuazione della DGR 1115/2015	Ricomposizione del gruppo affido - adozioni aziendale Definizione di protocolli operativi con gli ambiti per la promozione e attuazione dell'affido

**3.6.2 Minori****Adozioni**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione al tavolo di lavoro per la revisione sul protocollo delle adozioni internazionali e nazionali.	E' garantita la partecipazione dei referenti dei Consulitori familiari

<b>3.6.3 Piani di zona</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per il 2016 è prevista una continuità della pianificazione locale e il rinnovo dell' "atto di intesa" da parte delle Aziende congiuntamente ai Servizi Sociali dei Comuni	Adozione dei PAA integrati sociosanitari 2016

**3.7 SISTEMA INFORMATIVO**

<b>3.7.1 Sistema informativo</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzo della firma digitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicativi gestionali del G2 Clinico &gt; 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera</li> <li>- Laboratorio e microbiologia &gt;98%</li> <li>- Anatomia patologica &gt; 98%</li> <li>- Radiologia &gt; 98%</li> </ul> <p>Per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ECG &gt; 80%, se viene attivato il sistema di presa in carico dei tracciati firmati digitalmente dal sistema di conservazione sostitutiva regionale</li> <li>- Medicina trasfusionale &gt; 98%, se viene attivata la firma digitale su EMONET</li> </ul>
Attivazione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) al Pronto Soccorso Pediatrico	Il sistema è attivo
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><b>Ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale</b></p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica</b></p>

<b>3.7.2 PACS</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<b>PACS</b>	<p><b>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico e collaborazione per la definizione delle specifiche di estensione della funzione PACS all'endoscopia digestiva;</b></p> <p><b>b. implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy sulla base di indicazioni regionali;</b></p>

	<p><b>c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri, sulla base di indicazioni regionali</b></p>
--	--

**3.8 FUNZIONI INTEGRATE CLINICO ASSISTENZIALI E GESTIONALI**

<b>3.8.1 Funzioni integrate clinico assistenziali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Completamento del processo di riorganizzazione della rete delle cure palliative mediante progressiva integrazione dei nodi della rete	Adozione di percorsi omogenei per l'utenza relativamente a dimissioni e prese in carico territoriali.
Adozione delle procedure operative in coerenza a quanto previsto dal documento aziendale prodotto dallo specifico gruppo tecnico AOUUD – AAS4 nel novembre 2015 anche in coerenza con i documenti di indirizzo regionale sull'assistenza Integrata alla Persona con Diabete	Attuazione delle principali azioni previste dal documento aziendale sulle dimissioni protette del paziente fragile: <ul style="list-style-type: none"> <li>- costituzione team interaziendale</li> <li>- identificazione di un caregiver a domicilio</li> <li>- attivazione di un modello di day service ricompreso nella funzione CAP- AFT</li> </ul> <p>Vedi anche Progetto Diabete linea 3.3.2</p>
Revisione delle percorsi di cura e riabilitazione sulla base dell'analisi 2015 dei contesti di presa in carico e trattamento riabilitativo più appropriati, evitando sovrapposizioni di attività tra le strutture dell'AOUUD e le strutture dell'IMFR Gervasutta	Definizione, ed attuazione delle relative modalità operative ospedaliere e territoriali, di un percorso integrato e condiviso di presa in carico delle persone con diverse tipologie di disabilità ricoverate in acuzie di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riabilitazione generale</li> <li>- Riabilitazione cardiovascolare</li> <li>- Riabilitazione pneumologica</li> </ul>
Revisione e implementazione del modello per la presa in carico del paziente anziano fragile sperimentato nei Distretti di Udine e Cividale	Revisione delle procedure orientate alla continuità di cura, delle procedure di segnalazione, valutazione e presa in carico per setting assistenziali appropriati
Progetto Geriatria: coordinamento attraverso i percorsi di promozione della salute dell'anziano e della continuità assistenziale tra cure ospedaliere e domiciliari per l'anziano fragile	Garantire la presenza del geriatra nelle valutazioni multidimensionali del paziente anziano fragile nei diversi setting assistenziali
Revisione del modello dell'offerta oculistica specialistica territoriale riorganizzando gli ambulatori territoriali verso la specialistica di primo livello, riconducendo progressivamente all'AOUUD le agende indirizzate	Articolazione delle agende CUP per tutta la specialistica della branca garantendo il primo livello sul territorio
Ridefinita l'organizzazione degli ambulatori territoriali di Cardiologia	Applicazione del modello previsto relativamente a logistica e organizzazione dell'offerta nei distretti di Udine e Cividale

	Attivazione di un presidio di prevenzione cardiovascolare presso la sede di Cividale. (Da implementare coerentemente alle risorse disponibili)
Estensione dell'offerta urologica e andrologica nei distretti	Aumento dell'offerta presso il Distretto di Cividale e di Tarcento.
Completamento della presa in carico e riorganizzazione della funzione di dialisi per i requisiti organizzativi dei CAD di Cividale e della C.d.C Città di Udine	Presa in carico completata
Sviluppare, nell'ambito del presidio ospedaliero per la salute di Cividale, una collaborazione tra AAS4, AOUUD e la scuola di specializzazione in Geriatria dell'Università di Udine, riguardante l'attività di geriatria territoriale	Sperimentazione di modalità innovative di gestione extra-ospedaliera (degenze intermedie, attività ambulatoriali e assistenza domiciliare) del paziente anziano fragile

### 3.8.2 Funzioni integrate gestionali

Obiettivo	Risultato atteso
Avvio dell'integrazione di alcuni processi relativi alle seguenti funzioni amministrative e sanitarie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affari generali</li> <li>- Affari legali</li> <li>- Gestione risorse umane</li> <li>- Gestione amministrativa del personale e delle strutture convenzionate</li> <li>- Gestione amministrativa delle attività in libera professione</li> <li>- Attività economico finanziaria e fiscale</li> <li>- Medicina Legale</li> <li>- Farmacia aziendale</li> </ul>	Predisposizione di proposte di regolamenti aziendali con criteri di omogeneità e coerenza, per ognuna delle funzioni
Avvio dell'integrazione di alcuni processi relativi alle seguenti funzioni sanitarie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione prestazioni sanitarie (CUP)</li> <li>- Servizio delle professioni sanitarie</li> </ul>	Avvio del percorso di unificazione tra AAS4 e AOUUD per ciascuna funzione che porti a individuare una responsabilità complessiva unica interaziendale

### 3.9 LA DIDATTICA E LA RICERCA

#### 3.9.1 La didattica e la ricerca

In prosecuzione di quanto già avviato nel 2015, sono previsti per il 2016 alcuni obiettivi aziendali importanti sia nel senso dello sviluppo delle funzioni proprie dell'Università, sia nel senso di una migliore integrazione tra le componenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e della futura Azienda Sanitaria Universitaria Integrata. In linea generale durante il percorso della programmazione attuativa, saranno concordati con le strutture aziendali anche obiettivi riguardanti didattica e/o ricerca da inserire nella negoziazione di budget.

##### Didattica

Definire e garantire per le Scuole di Specializzazione, il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed i Corsi di Laurea Sanitaria standard finalizzati all'apprendimento delle abilità pratiche, tirocini, Tesi di Laurea, frequenza a vario titolo, in particolare la disponibilità di:

- a. risorse umane (sia tra il personale Dirigente che del Comparto secondo gli standard richiesti dalle normative nazionali MIUR e JCI);
- b. materiali (spazi, spogliatoi, attrezzature, etc.) al supporto della didattica e accesso a strumentazioni e casistiche e spazi di supporto;
- c. formazione sulla qualità e sicurezza per gli studenti frequentanti l'AOUUD ed in particolare per i medici in formazione specialistica.

Indicatori:

- aumento del numero di tutor di estrazione ospedaliera;
- estensione del processo di selezione e valutazione ad un maggior numero di strutture aziendali
- numero di persone formate sul totale delle persone da formare.
- partendo dall'esperienza del modello già avviato nel Dipartimento Chirurgico per i medici in formazione specialistica di Chirurgia Generale, predisporre modalità dipartimentali di integrazione delle attività assistenziali a scopo formativo per altre due scuole di specializzazione, che saranno proposte dal Collegio di Direzione.

##### Ricerca

L'Azienda Ospedaliero Universitaria e, in futuro, la costituenda Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, si impegna a identificare nel nuovo Atto Aziendale un assetto organizzativo in grado di garantire il supporto ai ricercatori senza oneri per il SSR (es. presenza di data manager, manager amministrativi per la rendicontazione tempestiva dei progetti, ecc.) e di mettere a punto un modello tecnico amministrativo per:

- g. garantire la sistematica informazione sui diversi bandi di ricerca regionali, nazionali ed internazionali pubblici e privati a tutte le strutture potenzialmente interessate dell'azienda;
- h. promuovere il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali e del maggior numero di professionisti in attività di ricerca nei diversi campi di interesse, assumendo come indicatori :
  - il numero di domande di partecipazione a bandi di ricerca competitivi
  - il numero di protocolli di ricerca attivi nel corso dell'anno (superiore all'anno precedente),
  - il numero di protocolli di ricerca spontanei (superiore all'anno precedente) ,
  - il numero di pazienti ricoverati inseriti in protocolli di ricerca sul totale dei ricoverati;
- i. ed inoltre per

- supportare le fasi preparatorie per lo svolgimento delle attività di ricerca clinica al fine di incrementare significativamente la competitività dell'AOUUD e quindi il numero di trials e sperimentazioni;
- la gestione sinergica dei progetti di ricerca tra le strutture aziendali a componente universitaria ed i dipartimenti universitari dell'area biomedica;
- j. garantire la tempestiva informazione (anche sul sito web aziendale) sui trial clinici in essere ed in programma presso le strutture dell'azienda così da garantire a pazienti e cittadini potenzialmente interessate facilità di accesso ai team di ricerca.
- k. predisporre una reportistica ad uso interno su base almeno semestrale per rendere nota la situazione dei protocolli attivi;
- l. verificare la funzionalità del regolamento già attivato nel 2015 per consentire l'accesso alle varie strutture dell'AOUUD al personale universitario non strutturato (Professori e Ricercatori, anche quelli a tempo determinato senza compiti assistenziali, Dottorandi, Assegnisti, Borsisti e altre tipologie di Frequentatori) e proporre gli eventuali correttivi.

Indicatore:

- aumento del numero di sperimentazioni cliniche sponsorizzate e spontanee rispetto al 2015.

In corso d'anno dovranno stabilirsi le modalità di monitoraggio dei processi in corso e in conclusione d'anno dovrà essere prodotta una relazione annuale sull'andamento degli obiettivi definiti. Il Collegio di Direzione stabilirà le modalità del monitoraggio, i criteri dello stesso e valuterà la relazione finale, redatta da tre professionisti incaricati dal Collegio stesso.

**3.10 ALTRE PROGETTUALITA' AZIENDALI**

<b>3.10.1 Riorganizzazione attività cliniche</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Realizzazione dell'unità senologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione referente di progetto entro 31-3</li> <li>- Definizione del piano di riorganizzazione con cronoprogramma di attuazione, coerente con il documento della Conferenza Stato regioni 14/12/2014, entro il 30-6-2016.</li> <li>- Avvio del percorso di attuazione da completarsi entro il 31-12-2016</li> </ul>
Riorganizzazione della chirurgia d'urgenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione referente di progetto entro 31-3</li> <li>- Definizione del piano di realizzazione con cronoprogramma di attuazione entro il 30-6-2016</li> <li>- Avvio del percorso di attuazione da completarsi entro il 31-12-2016</li> </ul>
Attivazione di posti letto dedicati all'epatologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione referente di progetto entro 29.2</li> <li>- Attivazione, in via transitoria, dei pl anche in sede diversa da quella definitiva entro il 31-3</li> <li>- Definizione del piano di realizzazione della struttura autonoma di epatologia con cronoprogramma di attuazione entro il 30-6-2016.</li> <li>- Avvio del percorso di attuazione da completarsi entro il 31-12-2016</li> </ul>

<b>3.10.2 Adozione di interventi per la gestione dell'invecchiamento della popolazione assistenziale - Progetto Age Management (secondo anno)</b>	
Obiettivo	Risultato Atteso
Fornire supporto emotivo agli operatori nelle aree a rischio	Realizzazione di meeting condotti da psicologi dell'azienda per la gestione dell'impatto emotivo negli operatori di aree definite.
Standardizzazione delle modalità di richiesta e refertazione della consulenza infermieristica	Applicazione di istruzioni operative e strumenti per l'erogazione di consulenza infermieristica.
Formalizzare i ruoli degli specialisti del comparto	Definizione delle <i>Job Description</i> dei professionisti - ruoli di <i>specialist</i> clinici e di referenti organizzativi.
Definizione dei <i>range</i> di pazienti assistiti dal team/volumi di prestazioni erogate in area tecnica	Sperimentazione in aree pilota dei range definiti (operatori/pazienti in area assistenziale e operatori/prestazioni in area tecnica).
Aumento della flessibilità organizzativa nella gestione di orari di lavoro/turnistica	Revisione dei regolamenti relativi agli orari di lavoro con introduzione dell'orario flessibile e individuazione dei criteri di gestione delle pause

	lavorative.
Acquisizione /aggiornamento delle competenze del personale con metodologia innovativa	Attivazione di percorso/i di formazione in videoteca per la Piattaforma dei Blocchi Operatori.
Garantire competenze negli avvicendamenti dei quadri intermedi	Risultano descritti i criteri per l'avvicendamento dei ruoli di coordinamento/direzione e degli <i>specialist</i> .
Promozione di programmi di benessere fisico degli operatori	Proposta di programmi legati al benessere/adozione di comportamenti sani per il personale.

### 3.10.3 Trasferimento delle informazioni clinico assistenziali per la continuità delle cure (handover)

Obiettivo	Risultato Atteso
Introduzione nella pratica lavorativa della politica aziendale "Trasferimento delle informazioni clinico assistenziali per la continuità delle cure (handover)"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione delle istruzioni operative, specifiche per i diversi contesti individuati nella politica aziendale, entro giugno 2016</li> <li>- In almeno l'80% dei contesti individuati le istruzioni operative sono applicate correttamente</li> </ul>

### 3.10.4 Sistema informativo

Obiettivo	Risultato Atteso
Individuazione e declinazione di un sistema uniforme per la Gestione Pazienti Dializzati	La soluzione è individuata
Uniformazione di un sistema di refertazione ECG tra AOUUD /AAS4	La soluzione è stata attivata
Realizzare lo studio per l'implementazione di un sistema unico di Telefonia VoIP	Lo studio è stato prodotto
Sviluppo dell'interfacciamento della Piattaforma per la formazione online (Moodle) con il sistema G-FOR	Interfacciamento implementato

## Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine

(Decreto del CS n. 1049 dd. 30/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)

Rilievo Aziendale	INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA
	Intervento di miglioramento alle normative di prevenzione incendi padiglione 5 - Sostituzione porte REI	150,0		150,0
	Manutenzione straordinaria e adeguamento funzionale per ampliamento 6 pl di Stroke Unit	450,0		450,0
	Concessione di costruzione e gestione della nuova Centrale Tecnologica, di un impianto di cogenerazione, di cunicoli tecnologici e del Centro di Servizi e Laboratori destinati all'Azienda nonché di una rete di riscaldamento - Opere complementari	1.750,0		1.750,0
	Adeguamenti vari nei padiglioni interessati da trasferimenti	150,0		150,0
	Realizzazione progetto "Una stanza per le mamme"	13,5	13,5	
	Realizzazione centro congiunto di simulazione ed alta formazione avanzata al padiglione n. 5 "Chirurgie" - Integrazione	29,2	29,2	
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>2.542,7</b>	<b>42,7</b>	<b>2.500,0</b>
	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA
	Biomediche	1.405,7	1.002,1	403,6
Informatiche	50,0		50,0	
Altro	470,4	149,0	321,4	
Biomediche				
<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>1.926,1</b>	<b>1.151,1</b>	<b>775,0</b>	
<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>4.468,8</b>	<b>1.193,8</b>	<b>3.275,0</b>	

Rilievo Regionale	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO REGIONALE	Importo totale	Fondi propri	CCRR	Fondi Statali
	Biomediche	4.024,3	1.574,3	2.450,0	
	Informatiche				
	Altro				
	<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo regionale</b>	<b>4.024,3</b>	<b>1.574,3</b>	<b>2.450,0</b>	<b>-</b>
<b>B) Totale rilievo regionale</b>	<b>4.024,3</b>	<b>1.574,3</b>	<b>2.450,0</b>	<b>-</b>	

<b>Importo totale del piano degli investimenti (A+B)</b>	<b>6.876,1</b>
--	----------------

di cui:

<b>Interventi edili e impiantistici</b>	<b>2.500,0</b>
---	----------------

## Elenco delle attrezzature e beni mobili di rilievo

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo complessivo
X	IORT	Sale operatorie	1	752,1
X	Acceleratore lineare	Radioterapia	1	3.450,0
	Rinnovo automezzi 118	Centrale 118	3	225,0

## Copertura finanziaria del piano degli investimenti

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali</b>	<b>-</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>3.275,0</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	<b>2.450,0</b>
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	<b>-</b>
<b>Risorse proprie</b>	<b>2.768,1</b>
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	292,7
Utili di esercizi precedenti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	1.574,3
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	901,1
Altro	
<b>Totale:</b>	<b>8.493,1</b>
<b>Quota 2015 riscatti finali per acquisizioni in leasing</b>	<b>Importo</b>
	<b>3,2</b>
<b>Disponibilità complessiva:</b>	<b>8.496,3</b>

# Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste

## 3. LE PROGETTUALITA'

### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

#### 3.1.1 Atti aziendali

Nel corso del 2015 è stata predisposta una bozza di atto aziendale: dopo l'approvazione del protocollo di intesa Regione – Università, come previsto dalla DGR 2393 e DGR 2559/2015, entro il 31/12/2016 il documento verrà compiutamente definito ed inviato alla Direzione Centrale.

#### 3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015

Entro il 30 giugno 2016 verrà data completa attuazione a quanto previsto dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti.

Nel corso del 2015 sono già stati ridotti 10 posti letto in regime di ricovero ordinario, 4 nell'area chirurgica e 6 nell'area ostetrico-ginecologica, portando l'attuale dotazione complessiva a 165 posti letto.

Relativamente alle funzioni da dismettere, si procederà alla dismissione solo al momento dell'adozione del nuovo Atto Aziendale poiché, come previsto dalle DGR 1437/2015, "gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico possono specificare nell'atto aziendale ulteriori funzioni con organizzazione di struttura complessa, purché attinenti alle finalità di ricerca dell'Istituto".

Nella tabella seguente è descritta la dotazione e la distribuzione dei posti letto al 31.12.2014, al 31.12.2015 e al 30.06.2016, cioè la dotazione e distribuzione dei PL prevista dall'applicazione degli standard dell'assistenza ospedaliera indicati dalla DGR n. 2673/2014).

**Tab. Posti letto attivi al 31.12.2014, al 31.12.2015 e al 30.06.2016****Posti letto previsti dalla DGR 2673/2014**

PEDIATRIA AREA MEDICA	PL 31.12.2014		PL 31.12.2015		PL 30.06.2016 (DGR 2673/14)		$\Delta$ 2014-2016	
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	$\Delta$ RO	$\Delta$ DH
UCO Clinica Pediatrica	29	7	29	7	28	12	<b>-1</b>	<b>4</b>
SC Emato - Oncologia								
SC Neuropsichiatria Infantile								
SC Pediatria d'urgenza e PSP								
SC Neonatologia e TIN	4	0	4	/	4*	/		
<b>Totale</b>	53	8	53	8	52	12	<b>-1</b>	<b>4</b>
*semi intensivi; ** di cui 8 pl intensivi e 12 semi intensivi								
PEDIATRIA AREA CHIRURGICA	PL 31.12.2014 61 PL		PL 31.12.2015		PL 30.06.2016 (DGR 2673/14)		$\Delta$ 2014-2016	
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	$\Delta$ RO	$\Delta$ DH
SC Chirurgia Pediatrica e Urologia	28	10	24	10	20	6	<b>-8</b>	<b>-4</b>
SC Oculistica e strabologia								
SC Ortopedia e Traumatologia								
SC Audiologia e Otorinolaringoiatria								
SC Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-facciale								
Sc Anestesia e Rianimazione	5	/	5	/	4***	/	<b>-1</b>	
<b>Totale</b>	33	10	29	10	24	6	<b>-9</b>	<b>-4</b>
*** intensivi								
AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	PL 31.12.2014 61 PL		PL 31.12.2015		PL 30.06.2016 (DGR 2673/14)		$\Delta$ 2014-2016	
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH
UCO Clinica Ostetrica Ginecologica	59	12	53	12	36	6	<b>36</b>	<b>6</b>
SC Patologia Ostetrica								
PMA								
<b>Totale</b>	59	12	53	12	36	6	<b>-23</b>	<b>-6</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	RO 145	DH 30	RO 135	DH 30	RO 112	DH 24		
	175		165		136		<b>-39</b>	

**3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi**

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

**3.1.4 Piano Emergenza urgenza**

Per quanto di competenza dell'Istituto si rinvia a quanto descritto nella linea 3.3.2 "Percorso Nascita"

**Partecipazione ai tavoli tecnico previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza**

**3.1.5 Piano Sangue**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue**

Vedi linea n. 3.4.5 "Sangue ed emocomponenti"

**3.1.6. Piano Oncologico**

L'Istituto parteciperà alla redazione ed applicazione del nuovo piano Oncologico, prevista entro il 30 giugno 2016, per quanto riguarda la Rete di Oncologia e onco-ematologia pediatrica. Nel corso del secondo semestre 2016 si inizierà a darne attuazione.

Vedi anche linea n. 3.2.2 "Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia"

**3.1.7. Piano della Riabilitazione**

L'Istituto parteciperà alla redazione del piano della Riabilitazione entro il 30 giugno 2016 per quanto di competenza e secondo le indicazioni Regionali. Nel corso del secondo semestre 2016 si inizierà a darne attuazione.

**3.1.8. Piano della Salute Mentale**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale**

Vedi linea progettuale n. 3.3.2 "Accreditamento"

**3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia**

Verrà dato avvio allo spostamento delle attività in base al progetto che verrà presentato di intesa con AOUSTS entro il 31/12/2015, dando seguito allo scorporo delle funzioni entro il 30/6/2016.

### 3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2 Promozione della Salute e Prevenzione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione, negli ambiti di pertinenza per l'IRCCS	Comunicazione formale alla DCS entro febbraio 2016 dei referenti con i relativi contatti qualora previsti.

3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)
non di pertinenza

3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con AAS1 alla predisposizione di un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto D'Intesa del 18 dicembre 2014 della CSR "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Garantire il supporto ad AAS1 per la predisposizione del Piano, per quanto di competenza.
Concordare con AAS1 la stesura di un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio formale eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.	<b>L'adozione del protocollo EUSOMA, ancorché coerente con quanto previsto dal documento ministeriale, non può essere limitata all'ambito provinciale ma deve essere discussa e condivisa con le altre aziende al fine di giungere ad un consensus regionale. Il risultato atteso deve essere una proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DSC per l'adozione formale.</b>
Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici.	Partecipare alla campagna informativa riguardante i tumori femminili promossa da AAS1

3.2.3 Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Coordinare i lavori finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico.	-Definizione della procedura regionale attraverso un percorso condiviso; -Sviluppo condiviso con le altre strutture regionali dei percorsi di follow-up per i bambini identificati con perdita permanente e di percorsi di sorveglianza per i bambini a rischio. <b>- Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita</b>
Coordinare i lavori finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	Definizione della procedura regionale attraverso un percorso condiviso.
Coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso.	Produzione del report di monitoraggio del programma regionale.

#### **3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)**

non di pertinenza

#### **3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)**

non di pertinenza

#### **3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)**

non di pertinenza

#### **3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)**

non di pertinenza

#### **3.2.8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Eeguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.	- Contribuire alla comunicazione delle attività di prevenzione degli incidenti domestici. - Continuare presso il pronto soccorso la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.

#### **3.2.9 Miglioramento della qualità nelle attività del Dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)**

non di pertinenza

**3.2.10 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)**

non di pertinenza

**3.2.11 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**

non di pertinenza

**3.2.12 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n.18/2012.	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione
Mantenere la sorveglianza dei programmi OKKIO, HBSC e Obesità in gravidanza	Report di monitoraggio dei programmi identificati.

**3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)**

non di pertinenza

**3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	L'azienda ha predisposto un "Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016" definendo un piano di azione, una tempistica e un metodo di verifica attraverso gli indicatori individuati a livello regionale, per ciascun obiettivo indicato dal programma sdi miglioramento regionale .
Supportare AAS 1 nella formazione degli operatori sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino	Collaborazione con AAS alla realizzazione dei corsi.
Partecipare ai gruppi di lavoro regionali per stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/ a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione	Stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/ a rischio Attività di comunicazione sul tema vaccinazione

**3.2.15 –Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)**

L'azienda ha predisposto un "Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016"

definendo un piano di azione, una tempistica e un metodo di verifica attraverso gli indicatori individuati a livello regionale, per ciascun obiettivo indicato dal programma sdi miglioramento regionale.

<b>3.2.16 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Costituire il gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costituire un gruppo di lavoro aziendale</li> <li>- Individuare un referente aziendale</li> <li>- Adottare formalmente il piano finalizzato</li> </ul>
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF.	Report di autovalutazione

<b>3.2.17 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>
non di pertinenza

**3.3 ASSISTENZA PRIMARIA****3.3.1 Lo sviluppo dell'assistenza primaria**

non di pertinenza

**3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari****Accreditamento**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mettere a disposizione dei valutatori al fine di dare attuazione agli adempimenti previsti dalla DGR 2220/2015 secondo le indicazioni regionali.	Messa a disposizione dei propri valutatori secondo programmazione regionale;
Partecipare alle attività preparatorie all'accreditamento istituzionale secondo i requisiti di cui all'Intesa 19/02/2015 (Rep. N. 32/CSR), come recepiti dalla DGR 2220/2015, e dalle precedenti DGR 1436/2011 e DGR 2029/2014.	Completamento dell'Accreditamento in base al programma regionale di accreditamento degli Ospedali.

**3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari****Odontoiatria sociale**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare al progetto regionale di potenziamento dell'odontoiatria sociale con l'obiettivo di uniformare i livelli di assistenza forniti nel territorio regionale, le modalità di organizzazione dei servizi (tipologia di prestazioni offerte, criteri di accesso, di priorità e di compartecipazione ai costi) ed i livelli quali-quantitativi, razionalizzando ed utilizzando con maggiore efficacia ed efficienza la spesa già in essere e potenziando i servizi dove se ne ravvisa la necessità.	Garantire l'adesione alle iniziative predisposte dalla Regione sulle prestazioni odontoiatriche urgenti e per categorie soggetti LEA.

**3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari****Cure palliative**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare alla riorganizzazione e accreditamento delle reti, garantendo l'integrazione con i percorsi erogati dal territorio.	Garantire, per quanto di competenza, la collaborazione per la riorganizzazione e l'accreditamento delle reti regionali.

Partecipare alla formalizzazione e all'avvio della rete delle cure palliative e terapia del dolore.	Garantire, per quanto di competenza, la formalizzazione e l'avvio della rete regionale delle cure palliative e terapia del dolore.
Partecipare al percorso formativo regionale per i professionisti e gli operatori delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore.	-Adesione al percorso formativo regionale previsto per gli operatori della rete e ai tavoli di lavoro per i percorsi clinico-assistenziali (area pediatrica) -Organizzazione di almeno 3 incontri di rete con partecipazione di personale dedicato all'assistenza di bambini con patologie croniche complesse residenti in regione -Organizzazione di tre eventi formativi specifici di valenza regionale su cure palliative e dolore in età pediatrica
Utilizzare gli strumenti di valutazione del dolore e le modalità operative di documentazione.	Garantire l'utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore adeguati, per l'area assistenziale di competenza

### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

#### Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Redigere il piano della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del Piano di azioni nazionale per la salute mentale.	Collaborazione, per quanto concerne l'età evolutiva, alla stesura del Piano della salute mentale.
Avviare la rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva in attuazione agli impegni previsti nei Piani Nazionali di salute mentale dell'età evolutiva, in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario.	Applicazione e verifica del protocollo condiviso con AAS1 per la presa in carico integrata dei ragazzi di età 15-17 anni con problematiche socio-sanitarie complesse.
Consolidare il percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del comportamento alimentare, potenziando il primo ed il secondo livello, attuando gli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM,	Applicazione e sviluppo del PDTA Disturbi del comportamento alimentare definito con AAS1 nel 2015

relativamente alle fasi di passaggio.	
---------------------------------------	--

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari</b>	
<b>Dipendenze</b>	
non di pertinenza	

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari</b>	
<b>Sanità penitenziaria</b>	
non di pertinenza	

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari</b>	
<b>Ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
non di pertinenza	

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari</b>	
<b>Riabilitazione</b>	
non di pertinenza	

<b>3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari</b>	
<b>Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitorare lo stato di attuazione delle 10 linee di azione orientate al miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, con particolare riferimento a:	L'IRCCS continuerà il coordinamento delle attività del Comitato percorso nascita relativamente alle attività di monitoraggio dello stato di attuazione dell'Accordo Stato-Regioni- "Linee guida per i Punti Nascita 2010-12".
Misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012;	Conformità agli standard di cui alla DGR 1083/2012;
Trasporto assistito materno (STAM) e trasporto di emergenza neonato (STEN);	Partecipazione del referente aziendale ai lavori del tavolo regionale sulla definizione del percorso STAM/STEN secondo i principi definiti dalle DGR 1083/2012 (Linee di indirizzo Percorso nascita) e DGR 2039/2015(Piano regionale delle emergenze)
Percorso nascita integrato ospedale territorio;	Condivisione integrata con AAS1 del percorso nascita (Agenda della gravidanza);
Appropriatezza del ricorso al taglio cesareo, al parto operativo e al parto indotto;	Applicazione delle Linee guida ministeriali per il taglio cesareo, nonché delle raccomandazioni per il parto operativo e parto indotto;
Percorsi assistenziali omogenei adeguati al	Condivisione, e formalizzazione di percorsi

grado di rischio della gravidanza;	assistenziali omogenei, commisurati al livello di cura e adeguati al livello di rischio;
Carta dei servizi aziendale per il percorso nascita;	Condivisione con AAS1 della Carta dei servizi del percorso nascita della provincia di Trieste;
Raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500 grammi;	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500 grammi; (vedi allegato Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 20016)
Formazione.	Organizzazione nel corso del 2016 di almeno un evento formativo inerente al percorso nascita
<b>Percorso nascita</b>	<b>- predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non</b>

### 3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

#### Diabete

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare i documenti adottati con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica.	Proseguire l'applicazione del protocollo per la gestione del diabete gestazionale a tutte le pazienti diabetiche seguite dall'Istituto.

### 3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

#### Autismo

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento del percorso assistenziale per il cittadino affetto da disturbi dello spettro autistico, con particolare attenzione al periodo di transizione dai Servizi preposti all'infanzia a quelli dell'adulto.	Contribuire con i propri rappresentanti esperti nella materia alla definizione della rete di assistenza e al completamento del percorso assistenziale.

### 3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

#### Consultori familiari

non di pertinenza
-------------------

### 3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

#### Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

<p>Partecipare ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR su temi afferenti alla pianificazione regionale.</p>	<p><b>Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare.</b></p> <p><b>Appare opportuno specificare, per le attività che saranno implementate, anche l'afferenza delle eventuali iniziative al Piano Strategico regionale e alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario, con particolare riferimento all'area materno-infantile e di ricerca</b></p>
--	---

**3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI****3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti:**

non di pertinenza

**3.4.2 – Emergenza urgenza****Ictus**

non di pertinenza

**3.4.2 – Emergenza urgenza****Emergenze cardiologiche**

non di pertinenza

**3.4.2 – Emergenza urgenza****Trauma**

non di pertinenza

**3.4.2 – Emergenza urgenza****Pronto soccorso ed Emergenza Urgenza**

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde.

Almeno l'**80%** dei pz con codice verde viene visitato entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde.

Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore.

La % dei pz con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore deve essere **> 85%**.

**3.4.3 – Reti di patologia****Malattie rare**

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Rilancio della rete malattie rare  
L'Istituto continuerà a svolgere l'attività nel campo delle malattie rare così come documentato nella nota inviata alla DCS n.8484 del 30/10/2015 relativa alla richiesta di riconferma/riconoscimento di centri di riferimento e specializzazione

Redazione condivisa di almeno 3 percorsi assistenziali formalizzati

regionale dell'IRCCS Burlo Garofolo	
Partecipare al percorso di individuazione dei centri regionali, extra-regionali ed eventualmente internazionali che costituiscono riferimento per i singoli gruppi di malattia come previsto dal DM 279/2001	Partecipazione al percorso di individuazione.
Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001	Garantire, per quanto di competenza, il flusso informativo al registro regionale.

### 3.4.3 – Reti di patologia

#### Malattie reumatiche

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Migliorare l'organizzazione della rete con una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali standardizzati e altamente qualificati.	Garantire la stesura di 2 PDTA relativi all'età pediatrica ed evolutiva, con specifici indicatori di esito clinico.

### 3.4.3 – Reti di patologia

#### Cure palliative e terapia del dolore

Vedi la linea progettuale 3.3.2 "Cure palliative"

### 3.4.4 – Materno-infantile

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con la DCS allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi propedeutici all'allestimento ed alla definizione del nuovo piano obiettivo materno-infantile.	Garantire la collaborazione alla DCS, per l'elaborazione dei dati e per la valutazione dei bisogni sanitari regionali nell'area materno-infantile, anche al fine dell'allestimento e alla definizione del nuovo piano obiettivo materno-infantile.
Perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico mediante:	
1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica.	1. Implementazione del PDTA concordato con AAS1 sulla gestione da parte delle ostetriche del percorso della gravidanza fisiologica
2. Mantenere la percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte	2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio).

Bersaglio).	
3. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2014 pari a 26,78% - fonte Bersaglio).	3. Mantenimento dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20% (valore medio regionale 2014 pari a 26,78% - fonte Bersaglio).
4. Definizione dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesiológica.	<p><b>4. Predisporre un documento da inviare alla Direzione Centrale Salute per:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la rilevazione ed analisi della distribuzione dei ricoveri chirurgici pediatrici;</li> <li>- la definizione dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici (0-18) dei residenti in FVG effettuati al Burlo e nelle altre AAS regionali ed extra regionali (2014-2015);</li> <li>- la definizione di ipotesi di nuovi modelli organizzativi regionali.</li> </ul>

#### 3.4.5 – Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.	Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.
Verificare l'appropriatezza delle richieste trasfusionali e promuovere l'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriatezza (superiore al 10%)	Mantenimento delle attività previste dal COBUS al fine di mantenere i buoni livelli degli indicatori di qualità (proporzione di sacche consegnate e non utilizzate inferiore al 15%) e azioni specifiche nei contesti ad elevata inappropriatezza (ossia superiore al 10%).
Rinnovo biennale dell'accreditamento.	Contributo, per quanto di competenza, all'ottenimento del rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento di Medicina Trasfusionale.

#### 3.4.6 – Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

Riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatrici – fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.	Riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico pediatrico con finalità diagnostica al di sotto del 50% (valore medio regionale del 2014 75,70% per i pediatrici – fonte Bersaglio)
Riduzione della % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con età > 65 anni portandola al di sotto del 4%	Riduzione della % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con età > 65 anni portandola al di sotto del 4%
Riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 – fonte Bersaglio).	Riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9.
Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale, al di sotto del 5% (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).	Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale, al di sotto del 5%.

### 3.4.7 – Tempi d'attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire il rispetto dei tempi previsti per le prestazioni ginecologiche di primo accesso per la popolazione residente in AAS1 con priorità B e D.	Si assicura la garanzia per le prestazioni ginecologiche per la popolazione residente nella provincia di Trieste per le priorità B al > 95%, per la priorità D > 90% e per le priorità P > 85%.
Garantire il rispetto dei tempi previsti per le specialità pediatriche di secondo livello (es. reumatologia, gastroenterologia, ortopedia, ecc.) con priorità D o P per tutta la Regione, trattandosi di prestazioni di secondo accesso inviate da uno specialista pediatra o da uno specialista non pediatra (es. ortopedico, ORL, ecc.)	Si assicura la garanzia per le prestazioni specialistiche pediatriche per le priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.
Mantenere il monitoraggio regionale e il monitoraggio ministeriale	Mantenere il monitoraggio regionale e il monitoraggio ministeriale

<p>Prestazioni di ricovero</p> <p>Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi tonsillectomia, neoplasia del rene e della vescica e riparazione di ernia inguinale per l'età pediatrica, neoplasia dell'utero per l'utenza ginecologica secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A.</p>	<p>Gli interventi di tonsillectomia, neoplasia del rene e della vescica e riparazione di ernia inguinale per l'età pediatrica e isterectomia per neoplasia dell'utero per l'utenza ginecologica rispettano i tempi di attesa secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica).</p>
<p>Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino, assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziato, oltre che delle risorse previste dalla LR n. 7/2009.</p>	<p>Viene rispettato il rapporto tra attività libero professionale e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino.</p>

### 3.4.8 Rischio Clinico

L'azienda ha predisposto un "Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016" del quale è stata fatta una sintesi di seguito riportata.

Le attività del 2016 saranno caratterizzate dalla messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi, dalla loro misurazione e dalla verifica della loro adozione.

Oltre alle linee già in essere, particolare attenzione verrà posta:

- sul miglioramento a livello aziendale degli score relativi alla sicurezza delle cure così come emerso dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015;
- sulla compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, con particolare attenzione:
  - o alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
  - o alla prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici;
- sulla sicurezza del farmaco attraverso il mantenimento degli sforzi sull'uso prudente dei farmaci;
- sulla implementazione delle misure di "antimicrobial stewardship", in particolare:
  - o valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;
  - o diffusione della reportistica periodica regionale sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici;
- sull'ulteriore sviluppo e diffusione degli strumenti a supporto del cittadino.

### 3.4.9 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

Assicurare una adeguata qualità assistenziale mediante la concentrazione della casistica, in particolare chirurgica e interventistica invasiva, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DM n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016.	Collaborazione con la DCS per: - la rilevazione ed analisi della distribuzione dei ricoveri chirurgici pediatrici; - la definizione dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici (0-18) dei residenti in FVG effettuati al Burlo e nelle altre AAS regionali ed extra regionali (2014-2015);
Contrastare l'inappropriatezza e la sovra-diagnosi con l'allestimento condiviso di liste di interventi da prescrivere con attenzione in quanto spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di choosing wisely.	L'azienda ha predisposto un "Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016" definendo un piano di azione, una tempistica e un metodo di verifica attraverso gli indicatori individuati a livello regionale, per ciascun obiettivo indicato dal programma sdi miglioramento regionale. Il punto 10 del programma "Controsto all'inappropriatezza e alla sovra-diagnosi" ha sviluppato le azioni e i risultati attesi del programma internazionale choosing wisely.

#### **3.4.10 Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contribuire alle attività dell'Osservatorio Ambiente Salute	Partecipazione del servizio di Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari dell'IRCCS alle attività dell'Osservatorio per l'area materno infantile

### 3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

<b>3.5.1 - Assistenza Farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva e il contenimento della spesa farmaceutica e condividere con le AAS della regione obiettivi di appropriatezza per i prescrittori ospedalieri	Potenziamento dei sistemi di audit e feedback sull'andamento dei consumi farmaceutici al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva e l'utilizzo dei medicinali dal miglior profilo costo-efficacia a parità di sicurezza e tollerabilità.
2. Condividere con AAS 1 specifici obiettivi di appropriatezza per i prescrittori territoriali ed ospedalieri.	Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori ospedalieri
3. Promuovere l'utilizzo di bio-similari.	Promozione dell'utilizzo dei bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile per i nuovi pazienti tra i quali quelli trattati per il morbo di Crohn, rispettando la continuità terapeutica. La quota non deve essere inferiore all'80% per i nuovi pazienti del totale delle prescrizioni /confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il proscrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale.
4. Promuovere la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto.	Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, con particolare riferimento a quanto indicato nella Tabella 1 della DGR 2559/2015.
5. Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale favorire anche nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente, siano più vantaggiosi per il SSR.	Individuazione, anche mediante apposite convenzioni, con le AAS di residenza idonei percorsi che consentano la valutazione del rispetto di tali indicazioni.
6. Residenzialità / Semiresidenzialità	Non di pertinenza

<p>7. Monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per assistenza integrativa, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.</p> <p>Attivare in ambito aziendale ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa</p>	<p>-Monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso</p> <p>-Favorire la distribuzione diretta</p> <p>-Prevedere, oltre ad azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva, modalità di erogazione vantaggiose per il SSR, anche attivando iniziative in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie</p>
<p>8. Carenze Medicinali nel territorio</p>	<p>Non di pertinenza</p>
<p>9. Informatizzare le prescrizioni.</p>	<p>-Garanzia della copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico, tramite PSM, per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale.</p> <p>-A partire dal secondo quadrimestre 2016, garanzia del ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>
<p>10. Promuovere le iniziative di farmacovigilanza, anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettuali definite dalla DCS.</p>	<p>Individuazione tra il personale medico e/o infermieristico di un referente per la farmacovigilanza per il dipartimento pediatrico e materno neonatale.</p>
<p>11. Assicurare la corretta prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, nel rispetto delle indicazioni prefissate.</p>	<p>-Prescrizione dei medicinali soggetti al registro AIFA nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti.</p> <p>-Erogazione di tali farmaci solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri.</p> <p>-Garanzia, anche attraverso l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, del controllo dei piani terapeutici e del rispetto delle note limitative AIFA.</p>
<p>12. Implementare la cartella oncologica pediatrica informatizzata</p>	<p>Implementazione della cartella oncologica informatizzata pediatrica relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>

13. Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	<p>-Viene garantita l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese.</p> <p>-Garantire l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti)</p> <p>-Inserito a sistema il codice targatura in fase di erogazione dei medicinali, ove possibile.</p>
14. Assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta.	Implementazione, con riferimento alla vigente normativa, dei sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito.
15. Aderire all'UFA dell'Azienda ospedaliero Universitaria di Trieste	Redigere un progetto di fattibilità con il relativo cronoprogramma, in collaborazione con AOUTS, per l'allestimento dei farmaci antiblastici.
16. Estendere la produzione di preparazioni galeniche pediatriche a tutte le Aziende Sanitarie della Regione FVG.	Definizione di appositi accordi con le altre AAS regionali per la produzione e distribuzione di preparazioni galeniche pediatriche, nel rispetto dei LEA.

**3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI****3.6.1 Anziani**

non di pertinenza

**3.6.2 Minori - Affidato e adozione**

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Supportare AAS1 per le procedure di affidato e di adozione, relativamente alle problematiche sanitarie

Stipula con AAS 1 di apposito accordo che regola il supporto relativamente alle pratiche sanitarie dei minori in affidato e adozione.

**3.6.3 Piani di zona**

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Collaborare all'implementazione dei Piani di zona

Partecipazione di referenti dell'Istituto ai tavoli già attivi dell'integrazione socio sanitaria relativamente alle tematiche dell'età evolutiva.

### 3.7 SISTEMA INFORMATIVO

3.7.1 Sistema Informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Ulteriore stadio evolutivo dei servizi online al servizio dei cittadini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estensione di servizio referti online per le prestazioni già sottoscritte digitalmente</li> <li>- Pagamento online delle prestazioni</li> <li>- Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali almeno per le principali visite di branca</li> <li>- Consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile</li> <li>- Tempi di accesso ai servizi di Pronto soccorso per codice triage, estendendo la procedura del Sistema Emergenza Intra-ospedaliera (SEI)</li> <li>- Sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati.</li> </ul>	<p>1. Implementazione dei nuovi applicativi o estensione degli applicativi già in essere, in base a quanto verrà previsto dalla pianificazione regionale.</p>
<p>2. Proseguire le attività presenti nella pianificazione in essere:</p> <p>2a. Sicurezza fisica e logica/funzionale</p> <p>2b. Privacy</p>	<p>2a. Mantenimento della sicurezza dei dati</p> <p>2b. Prosecuzione applicazione normativa sulla privacy.</p>
<p>3. Sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri</p>	<p>3. Partecipazione al gruppo di lavoro sui sistemi di governo.</p>
<p>4. Avviare/estendere la ricetta dematerializzata oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale per i dipendenti de</p>	<p>4. Implementazione della ricetta dematerializzata per l'attività farmaceutica e specialistica ambulatoriale, secondo le indicazioni</p>
<p>5. Estensione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) a tutti i Pronto soccorso della Regione</p>	<p>5. Utilizzo del sistema SEI in Pronto Soccorso pediatrico</p>
<p>6. Utilizzo obbligatorio della Firma Digitale</p>	<p>6a. Utilizzo della firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico &gt;80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera;</p> <p>6b. Laboratorio e microbiologia &gt;98%</p> <p>6c. Medicina trasfusionale: non di pertinenza</p> <p>6d. Anatomia patologica: non di pertinenza</p>

	6e. Radiologia >98% 6f. ECG (cardionet) >80%
7. Aderire alle attività rispetto alle seguenti funzioni: a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	
a1. cartella integrata clinico assistenziale (attività propedeutiche alla realizzazione, predisposizione del bando ed avvio della procedura di gara)	a1 partecipazione con i propri referenti, ove richiesto, al percorso per l'allestimento del bando
a2. estensione del sistema ECG già maggiormente in uso in tutti i presidi ospedalieri ed i distretti	a2. Estensione del sistema ECG in base alla pianificazione regionale
b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria	
b1. Piattaforma di connessione con la medicina generale	Non pertinente
c. Sistema di gestione dell'attività dei servizi sociali dei comuni (SSC) - Acquisizione applicativo gestionale unico per tutti i SSC - Implementazione applicativo cartella sociale informatizzata (CSI) in uso a tutti i servizi sociali dei comuni	Non pertinente
d Sistema direzione aziendale	d. Partecipazione ai tavoli di lavoro
d1 Governo del personale	
d2. Governo logistico	
e. Sistema direzionale regionale	e. Partecipazioni ai tavoli di lavoro
e1. Data Warehouse gestionale	
e2. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili e, per alcune tipologie specifiche, al conseguente avvio.	
f. Connessione del sistema regionale delle farmacie convenzionate al SSR per il ritorno dell'erogato	f. non di pertinenza
g Inizio delle attività per il Laboratorio Hub di Trieste	g. Come da programma specifico

### 3.7.2 Sistema PACS regionale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

Aderire alle linee di sviluppo regionale 2016 per il sistema PACS di seguito descritte:	
Completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico, prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale;	Completamento dell'estensione del sistema PACS nell'ambito della diagnostica ecografica ostetrico ginecologica ed estensione nel settore dell'endoscopia digestiva
Implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;	Implementazione e sviluppo del teleconsulto e della telerefertazione negli ambiti interaziendali e dell'emergenza, secondo il percorso condiviso con DCS;
Integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri;	Implementazione di moduli PACS aggiuntivi secondo quanto previsto dalla programmazione regionale;
Completamento del percorso di integrazione dei sistemi PACS delle aziende AAS1 e AOOTS nell'impianto del sistema PACS regionale;	non di pertinenza
Analisi dei possibili scenari evolutivi per il sistema PACS regionale nel breve e medio periodo, anche in relazione alle soluzioni contrattuali attualmente in essere.	partecipazione, ove richiesto, alle attività di analisi circa le possibili evoluzioni del sistema PACS nel contesto regionale.
Migliorare la rete PACS aziendale	Miglioramento/incremento della distribuzione delle postazioni PACS in sala operatoria e in sala gessi.

#### **Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la corretta compilazione ai fini delle attività legate ai flussi ministeriali in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 70% delle schede di morte.	Corretta compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 70% delle schede di morte.

## IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

(Decreto DG n. 134 dd. 30/12/2015)

## Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)

<b>Rilievo Aziendale</b>	<b>INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI DI RILIEVO AZIENDALE</b>	<b>Importo totale</b>	Fondi propri	CCRA
	Manutenzione straordinaria opere edili	<b>122,0</b>		335,0
	Manutenzione straordinaria opere impiantistiche	<b>213,0</b>		
	<b>Interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>335,0</b>	-	335,0
	<b>BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE</b>	<b>Importo totale</b>	Fondi propri	CCRA
	Biomediche	<b>214,4</b>		
	Informatiche	<b>145,8</b>	40,2	365,0
	Altro	<b>45,0</b>		
	<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>405,2</b>	40,2	365,0

<b>Importo totale del piano degli investimenti (A+B)</b>	<b>740,2</b>
--	--------------

di cui:

<b>Interventi edili e impiantistici</b>	<b>335,0</b>
---	--------------

<b>Beni mobili e tecnologie</b>	<b>405,2</b>
---------------------------------	--------------

## Copertura finanziaria del piano degli investimenti

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali</b>	-
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>700,0</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	-
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	-
<b>Risorse proprie</b>	<b>40,2</b>
Alienazioni	
Utili di esercizi precedenti	
Donazioni	<b>40,2</b>
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	
Altro	

<b>Totale:</b>	<b>740,2</b>
----------------	--------------

<b>Disponibilità complessiva:</b>	<b>740,2</b>
-----------------------------------	--------------

# Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

## 3. LE PROGETTUALITA'

### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

#### 3.1.1 Atto aziendale

L'ultimo trimestre del 2015 ha visto la Direzione dell'Istituto impegnata nella definizione e nella presentazione della proposta di Atto Aziendale che, dopo valutazione, dovrà essere approvata dalla Regione FVG entro l'anno e pertanto diventare operativa dall'inizio del 2016.

**Entro il 30 giugno danno completa attuazione a quanto previsto dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti.**

a. Implementazione dei *Programmi di Presa in Carico* multi professionale e multidimensionale: prevenzione, cura, riabilitazione, follow-up e ricerca

In coerenza con il lavoro avviato nel 2015 e con le indicazioni organizzative e metodologiche previste dal nuovo atto aziendale, nel 2016 si ridefinisce il mandato e risultati attesi dei Team Multidisciplinari coinvolti nella presa in carico dei pazienti con Melanoma, Sarcomi e Tumori Rari, Neoplasie della Mammella e dell'Ovaio, Neoplasie del Colon e del Retto, Neoplasie dello Stomaco, Neoplasie della Prostata e della Vescica, Neoplasie del Polmone, Neoplasie di Testa-Collo, Tumori a forte componente Eredo Familiare.

Nel corso del 2016 i Programmi che hanno già identificato indicatori idonei al monitoraggio della attività critiche o più significative, consolideranno le attività di implementazione e monitoraggio. I Programmi che stanno definendo i contenuti del percorso, dovranno anche individuare indicatori e valutarne la fattibilità.

Strumenti e metodi utilizzati nei *Programmi* tengono conto dei criteri previsti dai sistemi di accreditamento e certificazione cui il CRO è tenuto a partecipare (OEI, ISO, Accreditation Canada, Accreditamento Regionale) e che prevedono:

- l'elaborazione di un "Regolamento attuativo per la gestione dei Team Multidisciplinari" (strumento chiave e propedeutico nell'ambito della produzione e gestione dei PDTA e/o Programmi);
- l'elaborazione di un modello di gestione del Team Multidisciplinare che ogni team deve adottare al momento della sua formalizzazione e nel quale sono definite le specifiche modalità operative, gli aspetti relativi alla riservatezza del paziente, al processo per i casi urgenti,

all'adesione alle linee guida, ai collegamenti con altre strutture ed alla responsabilità;

- la costante revisione e verifica delle linee guida, internazionali, nazionali o locali, adottate dalla diverse strutture/unità operative/team multidisciplinari con l'obiettivo di creare un formale registro di linee guida utilizzate al CRO ed, in particolare, attestare la loro collocazione nell'ambito dei PDTA ad esse correlati.

Nel 2016 si consoliderà il coinvolgimento nei *Programmi* delle strutture territoriali, dei MMG e per alcune attività di componenti laiche (associazioni di volontari e pazienti) e si avvierà una sperimentazione con altre organizzazioni di cura e ricerca oncologica per la condivisione e il confronto di set di indicatori.

**b. Consolidamento e sviluppo del *Programma di Presa in Carico Interaziendale Linfomi e Tumori Oncoematologici***

In attesa delle indicazioni regionali relative alla organizzazione della Rete Oncoematologia Regionale, al fine di assicurare livelli appropriati e omogenei di presa in carico per i pazienti residenti in provincia di Pordenone, nel 2016 si consolida l'organizzazione delle attività oncoematologiche interaziendali che prevedono ad esempio la consulenza urgente per la definizione della sede appropriata di ricovero, il ricovero nei casi previsti dai protocolli, la visita ambulatoriale e il follow-up. Si consolideranno sia formazione e addestramento sul campo degli operatori maggiormente coinvolti con particolare attenzione ai percorsi dell'urgenza, sia l'attività di monitoraggio degli indicatori.

**c. Insediamento e definizione mandato al GdL ospedale-territorio per la definizione dei criteri e dei percorsi di gestione delle urgenze dei pazienti oncologici**

Il gruppo dovrà definire contenuti e indicatori dei percorsi di accesso alle visite e indagini diagnostiche urgenti U e B in oncologia al fine di garantire equità e rispetto dei tempi di attesa, nonché definire modalità e responsabilità di gestione delle urgenze oncologiche su tutto il territorio di competenza.

**d. Insediamento e definizione mandato GdL ospedale-territorio per la organizzazione dei percorsi di riabilitazione oncologica da garantire presso il CRO e/o presso altre sedi della AAS 5**

Il gruppo, sulla base delle linee-guida di riferimento e dei risultati dell'indagine svolta nel 2015, dovrà definire tempi, contenuti specifici e competenze necessarie a sostenere l'implementazione delle attività di riabilitazione appropriata per i pazienti che afferiscono ai diversi *Programmi di Presa in Carico*

**3.1.2 Riorganizzazione delle funzioni**

**Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015**

Obiettivo aziendale

Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA

Risultato atteso

Organizzazione e gestione quali-quantitativa delle attività di Anatomia Patologica di ambito oncologico sono integrate tra CRO e AAS5 entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.

Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Cardiologia-oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita ad AAS5 <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
Trasferimento della funzione di MEDICINA NUCLEARE	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Medicina Nucleare presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO <u>entro dicembre 2016 sulla base di specifico documento.</u>
Obiettivo aziendale Integrazione delle funzioni dei Laboratori di Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia, Diagnostica avanzata oncologica e oncoematologica	Risultato atteso <b>Entro giugno 2016:</b> <b>Centro hub nel presidio ospedaliero di Pordenone, Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento e all'IRCCS "Cro" di Aviano (limitatamente all'attività di base) e Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile, tenendo conto dell'integrazione delle specifiche funzioni tra CRO e AAS5; presso l'IRCCS "CRO" permangono le attività di diagnostica avanzata e di ricerca"</b>

In attesa di necessari approfondimenti delle procedure amministrative da porre in essere, il personale resta in carico al rispettivo datore di lavoro, a prescindere dalla sede di svolgimento delle attività.

### 3.1.2 Integrazione con il Presidio Ospedaliero di Pordenone

Nel 2016 il DRT proseguirà l'impegno sulle tre linee strategiche principali come da documento di pianificazione strategica specifico. In dettaglio, le attività del DRT saranno sviluppate secondo le seguenti linee:

1. potenziamento delle attività di ricerca intra-dipartimentali: attraverso un percorso d'identificazione di meccanismi operativi a matrice convergenti su spazi e strumentazioni condivisi sono state identificate le seguenti "piattaforme tecnologiche dipartimentali" associate ad attività clinico-sperimentali o sperimentali: Citofluorimetria, Sequencing (convenzionale-pyrosequencing-next-generation), Proteomica/Luminex, Imaging/Image-Stream, Laser-microdissection, Biobanca, Stabulario. Nell'anno 2016, si verificherà la performance conseguente alla razionalizzazione delle procedure di accesso alle varie piattaforme tecnologiche e si implementeranno ulteriormente le attività trasversali clinico-sperimentali delle piattaforme

grazie all'identificazione di Project Manager (Citofluorimetria, Proteomica, Genomica, Biobanca) nominati con deliberazione del direttore generale n. 281/2014;

2. incremento della offerta dipartimentale di esami molecolari ad uso clinico: è stata attivata una rete integrata multidisciplinare finalizzata all'implementazione dell'offerta clinica del DRT che si focalizza in particolare sui seguenti obiettivi: razionalizzazione dell'offerta, esternalizzazione intra-DRT degli esami molecolari su neoplasie solide/liquide, codificazione formale di prestazioni eseguite in assenza di percorso clinico adeguato; per l'anno 2016 si prevede di consolidare ed ulteriormente migliorare l'offerta clinica e la messa a disposizione di nuovi esami diagnostico-prognostico-predittivi di secondo livello coerenti con la "mission" istituzionale, focalizzando in particolare sulla introduzione/conversione NGS (next-generation-sequencing) di indagini oncologiche, onco-ematologiche, di genetica predittiva e farmacogenetiche, introduzione di nuove analisi molecolari/FISH, supportate da evidenze cliniche ed erogate da Strutture Operative certificate per l'erogazione di test clinici;

3. potenziamento attività interdipartimentali in ambito clinico-sperimentale: allo scopo di potenziare attività di ricerca di tipo traslazionale e di integrazione con gli altri Dipartimenti dell'Istituto, sono stati identificati PM specifici (diagnostica onco-ematologica integrata, attività di nanotecnologie) ed attività interdipartimentali integrate con coinvolgimento del DRT che saranno portate avanti nel corso dell'anno 2016: i) eventi formativi inter-dipartimentali; ii) attività ambulatoriali interdipartimentali su patologie di interesse comune (leucemia linfatica cronica/linfomi e per la patologia ovarica).

Anche per il 2016, tutte le nuove attività saranno inserite in percorsi di mini-HTA per la valorizzazione dell'impatto organizzativo.

### **3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi**

**Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.**

### **3.1.5 Piano sangue**

**Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue**

### **3.1.6 Piano oncologico**

Si conferma massima disponibilità e forte interesse alla partecipazione attiva e fattiva alla definizione del Piano Oncologico Regionale al fine di assumere le responsabilità di competenza sia a livello provinciale sia a livello regionale nei termini previsti di approvazione del Piano stesso.

### **3.1.7 Piano della riabilitazione in oncologia Cro e AAS5**

Alla luce dei seguenti elementi emersi da:

- focus group con le associazioni di volontariato sull'esperienza quotidiana e sulle esigenze dei pazienti;
- iniziative specifiche di formazione con i metodi della "medicina narrativa";
- programmi di incontri istituzionali di "patient education and empowerment";

- requisiti previsti dai programmi di accreditamento OEI che prevede la creazione di un Cancer Supportive Service

si conferma l'impegno anche formalmente definito in ambito di nuovo atto aziendale (vedi sopra punto 3.1.1 d) di un approccio strutturato e sistemico al tema dell'offerta di interventi di riabilitazione oncologica.

Nel corso del 2016 si terrà conto di quanto emerso nell'indagine che ha stimato i bisogni riabilitativi del paziente oncologico, della mappatura delle attività già presenti e della revisione delle stesse mediante un approccio multidisciplinare, della condivisione con AAS5 di alcune attività inerenti al tema della riabilitazione mediante consulenze specialistiche ortopediche, cardiologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, neurologiche e pneumologi che.

Si conferma la necessità di identificare una figura di coordinamento del GdL che, sulla base delle linee-guida di riferimento e delle attività svolte nel 2015, definisca tempi, contenuti specifici e competenze necessarie a sostenere l'implementazione delle attività di riabilitazione appropriata per i pazienti che afferiscono ai diversi *Programmi di Presa in Carico*.

### 3.1.9 Cell Factory Regionale

Risorse, competenze, infrastrutture sviluppate al CRO in tema di CELL FACTORY sono a disposizione della Regione FVG nel caso in cui si decida di sviluppare un progetto di Cell Factory Regionale a supporto di ricerca traslazionale e sviluppo dell'innovazione. In particolare si segnala che il CRO negli anni precedenti ha:

- presentato un progetto a NVESS nel 2014;
- disponibilità finanziaria adeguata, derivante dal 5 per mille;
- è in fase avanzata di certificazione di personale in grado di gestire una cell factory (collaborazione interaziendale tra il CRO e il Laboratorio di Terapie cellulari Avanzate "Stefano Verri" dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza che ha già portato alla stesura del Layout e User requirements della struttura GMP)
- provveduto alla formazione e certificazione delle competenze specifiche del personale della SOSd TCS-TC nel campo delle Terapie Cellulari Avanzate in ambiente GMP
- provveduto alla stesura di protocolli clinico-sperimentali condivisi da sottoporre ad AIFA. Per l'anno in corso è previsto la consegna ad AIFA della documentazione necessaria per l'attribuzione del ruolo di "Qualified Person" (QP) della futura Cell Factory-CRO
- avviato l'attivazione del magazzino criobiologico per lo stoccaggio dei prodotti di terapia cellulare avanzata (Magazzino Prodotto Finito), in un'area dedicata della sala criobiologia della SOSd TCS-TC e l'adeguamento del software gestionale per Terapie Cellulari e-Delphyn, già in uso per le CSE, per la completa tracciabilità dei percorsi operativi dalla valutazione dell'idoneità del paziente/donatore, alla raccolta, manipolazione, controlli qualità, conservazione e distribuzione del prodotto cellulare.
- Definito le linee di produzione per terapie cellulari in fase sperimentale avanzata da presentare ad AIFA per l'ottenimento dell'autorizzazione alla produzione e che sono: 1) Frazione stromale-vascolare di tessuto adiposo per ricostruzione mammaria dopo mastectomia per carcinoma della mammella; 2) Cellule mesenchimali da tessuto adiposo per immunomodulazione, per favorire l'attecchimento post-trapianto CSE (Cellule Staminali Emopoietiche), drug-delivery; Avviato la partecipazione al protocollo clinico-sperimentale internazionale di Terapia cellulare

Avanzata di fase III di immunoterapia con cellule dendritiche: "Efficacia e sicurezza di DCVAC/PCa rispetto al placebo in uomini con carcinoma metastatico della prostata resistente alla castrazione". Il ruolo dell'Unità Operativa del CRO riguarda la raccolta aferetica delle cellule mononucleate, il ricevimento, lo stoccaggio, la preparazione e il rilascio del "Prodotto Finito".

### 3.2 PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

#### 3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

Si conferma impegno di risorse umane e strumentali del CRO finalizzate a perseguire gli obiettivi regionali relativi a:

- a. Partecipazione al piano provinciale di riorganizzazione delle attività senologiche
- b. Cartella endoscopica programma di screening

In particolare saranno mantenute le attività relative ai programmi di screening oncologici regionali in collaborazione con l'AAS5.

Nel 2016, come da indicazioni regionali, il CRO gestirà la programmazione dei corsi di aggiornamento per gli operatori sanitari dei centri di primo e secondo livello regionali.

<p><b><u>Screening mammografico</u></b>  <b>Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"</b></p>	<p><b>Evidenza di un documento di riorganizzazione dell'attività senologica in collaborazione con l'AAS5</b></p>
<p><b><u>Screening mammografico</u></b>  <b>Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</b></p>	<p><b>I radiologi certificati assicurano la lettura del primo livello e la gestione del percorso di approfondimento diagnostico</b></p>
<p><b><u>Screening mammografico</u></b>  <b>Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</b></p>	<p><b>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</b>  <b>- percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%</b></p>
<p><b><u>Screening colon-retto</u></b>  Oltre a garantire l'attività di screening come struttura di secondo livello, la S.O.C. di Gastroenterologia, quale riferimento regionale per la FAP, MAP, Sindrome di Lynch, S. di Gardner, Sindrome di Peutz-Jeghers, Poliposi familiare (D.G.R. 1480 del 22/6/2007), garantirà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accrual di pazienti con familiarità di I grado per neoplasia del colon retto;</li> <li>- l'accrual di pazienti con sindromi genetiche del cancro del colon-retto (come da delibera</li> </ul>	

regionale n. 104 del 23 gennaio 2015).	
<b>Screening colon retto</b> <b>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello</b>	<b>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali &gt;=95%</b>
<u>Screening cervice uterina</u> La SOC di Ginecologia Oncologica si occuperà della diagnostica di secondo livello e del trattamento delle lesioni preinvasive ed invasive iniziali del basso tratto genitale femminile. Continuerà un'attività di terzo livello per i casi "difficili" inviati dagli altri centri di secondo livello della Regione Friuli Venezia Giulia e per patologie rare (Neoplasie intraepiteliali vaginali-VaIN, neoplasie intraepiteliali vulvari-VIN), oltre che per la valutazione di trattamenti di laserchirurgia per lesioni potenzialmente invasive cervicali in gravidanza e per il trattamento conservativo di adenocarcinomi in situ o inizialmente invasivi.	
c. Programma di Presa in Carico delle donne a rischio eredo-familiare di tumori femminili <b>Il risultato atteso deve essere una proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DCS per l'adozione formale</b>	
d. Programma di Presa in Carico delle persone a rischio ereditario di tumori gastrointestinali Nel 2016 il CRO svilupperà e verificherà il grado di implementazione del <i>Programma Regionale di Presa in Carico delle persone a rischio ereditario di tumori gastrointestinali</i> relativamente alle proprie specifiche responsabilità anche alla luce di quanto stabilito dalla DGR 1427 dd. 17.6.2005 e della DGR 1480 dd. 22.6.2007 Il CRO si impegna a facilitare i percorsi di accesso in quanto centro HUB regionale per la consulenza genetica, indagini genetiche e strumentali di II livello, presa in carico per diagnosi e follow up per delle persone e nuclei familiari, selezionati sulla base di strumenti validati a livello internazionale, ad alto rischio ereditario di sviluppare tumori gastrointestinali.	
<b>Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici</b>	<b>- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016</b> <b>- Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</b>

### **3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma II PRP)**

Nel 2016 il CRO proseguirà nelle proprie attività di sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), con particolare attenzione alle infezioni del sito chirurgico (ISC) e delle basse vie respiratorie nei pazienti ventilati (VAP), oltre che a quelle correlate all'uso dei cateteri venosi centrali (CVC).

Sulla base dei risultati della Point Prevalence Survey (PPS) svolta nel 2015, l'Istituto adotterà eventuali interventi per la riduzione e/o il corretto uso degli antibiotici.

Ulteriori attività relative alla prevenzione delle infezioni sono riportate nella linea 3.4.8 Rischio Clinico e Qualità.

### 3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

#### 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

##### Cooperazione sanitaria transfrontaliera e internazionale

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipare ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR su temi afferenti alla pianificazione regionale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare.</b></p> <p><b>Appare opportuno specificare, per le attività che saranno implementate, anche l'afferenza delle eventuali iniziative al Piano Strategico regionale e alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.</b></p>
---	---

**3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI****3.4.3 Reti di patologia**

a. Cure palliative e terapia del dolore

Si conferma:

- il contributo dei professionisti del CRO alla Rete Provinciale Interaziendale delle Cure Palliative e Terapia del Dolore;
- l'utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore concordati nei protocolli in essere;
- l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio di riferimento;
- l'impegno a favorire la permanenza e la gestione del fine vita a domicilio.

b. **Malattie rare**

- **Implementazione da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001**

**3.4.5 Sangue ed emocomponenti**

Obiettivo aziendale <b>Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.</b>	Risultato atteso <b>Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale</b>
Obiettivo aziendale <b>Verificare l'appropriatezza delle richieste trasfusionali e promuovere l'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriata (superiore al 10%)</b>	Risultato atteso <b>Mantenimento delle attività previste dal COBUS al fine di mantenere i buoni livelli degli indicatori di qualità (proporzione di sacche consegnate e non utilizzate inferiore al 15%) e azioni specifiche nei contesti ad elevata inappropriata (ossia superiore al 10%)</b>
Obiettivo aziendale <b>Rinnovo biennale dell'accreditamento</b>	Risultato atteso <b>Contributo, per quanto di competenza, all'ottenimento del rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento di Medicina Trasfusionale</b>

**3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza**

a. GdL appropriatezza ricoveri

Come indicato in premessa nel 2016 si consolidano le attività e si ridefinisce il mandato del GdL per la verifica dell'appropriatezza clinico-organizzativa e di corretta codifica di diagnosi e procedure riportate in documentazione clinica (cartella e/o referti) per i pazienti in ricovero ordinario e in ricovero di un giorno medico e chirurgico, al fine di facilitare la scelta del regime di presa in carico più appropriato in linea con gli standard definiti a livello regionale;

Nel 2015 si è completata la revisione di organizzazione delle attività delle Oncologie Mediche che ha portato alla definizione del progetto "Day hospital ed ambulatori oncologia medica" che differenzia i percorsi di trattamento, i percorsi sperimentali, i trial clinici, i percorsi di urgenza e i percorsi di follow-up e che prevede spazi fisici diversi per l'erogazione delle varie attività. Si è realizzata la concentrazione dell'attività di chemioterapia al IV dente di pettine, il trasferimento dell'attività ambulatoriale di follow-up nella piastra ambulatoriale al primo piano e la creazione di un'unica agenda di prenotazione delle visite di follow-up per tutte le strutture complesse del dipartimento. Il GdL dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

- Riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti - fonte Bersaglio);
- Riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 - fonte Bersaglio);
- Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale, al di sotto del 5% (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).

b. Ridefinizione delle attività di ricovero collocate al III piano del corpo centrale dell'Istituto

Nel corso del 2016 si realizzerà la riorganizzazione delle attività di ricovero collocate al III piano. Le attività di degenza che si prevede di trasferire al terzo piano riguardano: i pazienti oncoematologici e oncologici presi in carico dall'Unità Terapie Cellulari e Chemioterapie Alte Dosi, quelli dell'Area Giovani, quelli sottoposti a Radioterapia Metabolica. Il progetto mira a migliorare significativamente la qualità alberghiera, razionalizzare l'uso delle risorse strutturali e umane, in particolare infermieristiche, incrementare l'offerta di prestazioni di ricovero e quindi ridurre le liste di attesa.

c. Sviluppo delle attività delle Chirurgie Oncologiche del CRO

Nel 2016 si intende consolidare ed espandere il volume di alcune attività chirurgiche specifiche svolte dalle equipe presenti al CRO in coerenza con le indicazioni normative regionali e nazionali sui volumi appropriati a garanzia di qualità e sicurezza degli interventi e di buon uso delle risorse strutturali. E' obiettivo strategico fortemente collegato a quanto sopra dichiarato consolidare la collaborazione ed integrazione con:

- Chirurgie Generali e Specialistiche di Pordenone, al fine di dare attuazione al protocollo di intesa siglato tra CRO e AAS5 in data 28 luglio 2015 e quindi realizzare il Dipartimento Funzionale di Oncologia Chirurgica di Area Vasta
- Clinica Universitaria di Chirurgia Plastica di Udine, incrementando le sedute di attività presso il CRO
- Ortopedia Gorizia per le attività chirurgiche con strumento IORT sui tumori ossei e sarcomi tessuti molli

Nel 2016 si valuteranno le performance di buon uso delle risorse umane, logistiche e strutturali conseguenti alla separazione dell'attività di day surgery da quella di chirurgia maggiore

d. Oncologia Radioterapica

In coerenza con quanto previsto in atto aziendale in via di approvazione regionale, si prevede di:

- *Potenziare e sviluppare le attività dell'area giovani sia a livello provinciale, sia per un coordinamento regionale e per alcuni aspetti specialistici a livello nazionale*

A tale struttura, cui sarà assegnata una nuova area di degenza al III piano dell'Istituto, sono assegnate le funzioni di coordinamento delle attività cliniche dei tumori del bambino e dell'adolescente. La struttura è attiva dall'1 gennaio 2007 ed è il primo esempio in Italia di unità dedicata agli adolescenti e ai giovani adulti (14-24 anni: AYA adolescent and young adults) affetti da malattia oncologica. Si pone l'obiettivo di dare un'assistenza globale al giovane ammalato di tumore e alla sua famiglia.

Le linee di azione per il 2016 prevedono la prosecuzione dell'attività cliniche rivolte ai tumori AYA (eccetto leucemie) delle attività di "Patient Education", continuando la produzione di pubblicazioni in collaborazione con i pazienti, della ricerca traslazionale in atto e per il 2016 il consolidamento del coordinamento nazionale del nuovo protocollo europeo per i linfomi di Hodgkin dell'età pediatrica e dell'adolescenza (EuroNet PHL-C2); si prevede inoltre l'implementazione nel maggior numero di pazienti AYA delle procedure di criopreservazione dei gameti prima dell'inizio della chemioterapia, delle procedure per la terapia del dolore e per la gestione della terminalità nel paziente giovane, del "tumor banking" e dello stoccaggio di materiale biologico al momento della diagnosi; prevede infine l'avvio dello studio a lungo termine delle sequele da radioterapia, specie relativamente alle nuove metodiche IMRT-Tomoterapia.

Il ricollocamento nel corso del 2016 dell'attività di degenza dell'Area Giovani negli spazi di degenza al terzo piano del CRO permetterà:

- 1) di mantenere l'accreditamento della struttura presso l'AIEOP (Associazione Italiana di Emato-Oncologia Pediatrica);
- 2) di riattivare le attività di supporto educativo e didattico [scuola in ospedale, laboratori di musica e lettura, ecc.] che rappresentavano parte integrante del progetto;
- 3) di migliorare l'ospitalità;
- 4) di ridurre il rischio di infezioni dovute alle commistione con pazienti di altre età e con altre necessità assistenziali;
- 5) di riprendere l'attività formativa portata avanti negli anni scorsi con il team ma soprattutto con il personale infermieristico;
- 6) di avere degli spazi dedicati al supporto psicologico dei ragazzi malati e dei loro familiari;
- 7) di finalizzare le risorse economiche raccolte in questi anni da numerose associazioni per offrire a questi pazienti luoghi e spazi dignitosi di assistenza e cura.

Una proposta di interesse regionale è la progettazione e coordinamento nella Regione FVG di una rete per la patologia oncologica degli AYA, secondo un modello di "hub and spoke". Per la sua prerogativa di essere un IRCCS a cui afferiscono anche molti pazienti extraregionali con patologie rare, si ritiene che il CRO di Aviano possa aspirare ad avere nei prossimi anni un ruolo propositivo e di coordinamento nella Regione Friuli Venezia Giulia in sintonia con le eccellenze regionali che intervengono a vario ruolo nella cura di questi pazienti

- *Potenziare e sviluppare le attività di Radio-Terapia Metabolica*

La struttura si avvale delle competenze sia di Medicina Nucleare sia di Radioterapia. Si prevede inoltre di aumentare il numero di posti letto assegnati a tale attività e di migliorare la qualità alberghiera di ricovero allestendo la degenza al III piano del corpo centrale del CRO

- *Consolidare il Programma pazienti con Tumori Testa-Collo*

Si intende consolidare il ruolo dell'Oncologia Radioterapica dell'Istituto sul tema specifico, in considerazione del fatto che è da diversi anni un punto di riferimento provinciale, regionale e nazionale sia in termini di consultazione che di formazione ed addestramento per tecniche e

tecnologie.

Si intende riattivare e consolidare il Coordinamento multidisciplinare del Triveneto, guidato dal CRO, per le neoplasie testa-collo (HN-SCC), coinvolgendo tutti i centri regionali ed extraregionali con esperienza multidisciplinare nel trattamento di queste neoplasie.

A livello provinciale continua il massimo impegno per lo sviluppo e il consolidamento delle attività del Programma per i Pazienti con Tumori di Testa e Collo che coinvolge professionisti di CRO e AAS 5. Il percorso prevede il precoce reclutamento e la corretta gestione di questi pazienti in area pordenonese, con il coinvolgimento di specialisti e MMG. Nel 2016 sarà ridefinito coordinamento, composizione e mandato in stretta collaborazione con AAS 5.

Queste modalità di coordinamento hanno la finalità di creare sinergia per attività propriamente clinico-assistenziale, ma anche di ricerca e di sviluppo di attività rivolte alla didattica e alla formazione. Le unità di ricerca di base, genetica ed epidemiologica presenti al CRO consentono al gruppo multidisciplinare di avvalersi di competenze di elevata qualità con conseguenti possibilità di proporre interventi di diagnosi non convenzionali (Anatomia Patologica, Biologia Molecolare, Tecniche speciali di trattamento, Biologia applicata alla terapia) e di sviluppare nuove conoscenze partecipando ad attività di ricerca di base, clinica e traslazionale.

#### e. Radiologia/Medicina Nucleare

- *Sviluppo delle attività di diagnostica e ricerca con Tecnologie diagnostiche avanzate*

Nel 2016 si prevede di consolidare l'utilizzo clinico della nuova apparecchiatura per Risonanza Magnetica 3 Tesla. Questa apparecchiatura, configurata per un utilizzo elettivo nel campo della diagnostica oncologica, permetterà di migliorare sensibilmente l'accuratezza diagnostica degli esami RM specie per quanto riguarda la patologia addominale, mammaria e cerebrale. Con questa nuova tecnologia sarà possibile effettuare esami RM "whole body" e quindi studiare con la RM la risposta alla terapia ed il follow-up di pazienti con vari tipi di neoplasie che normalmente verrebbero studiati con la più tradizionale TAC, che espone a radiazioni ionizzanti e necessita di iniezioni di mezzi di contrasto.

- *Potenziamento della diagnostica integrata PET-TAC in collaborazione con la SOC di Medicina Nucleare.*

In particolare si incrementerà il numero di esami PET-TAC fatti con mezzo di contrasto che hanno migliorato la performance diagnostica delle due metodiche data la doppia lettura in contemporanea del radiologo e del medico nucleare. Questa metodica ha inoltre il vantaggio di permettere di effettuare un unico esame diagnostico con indubbi vantaggi protezionistici e logistici per il paziente.

Le ulteriori iniziative previste per l'anno 2016 per la struttura di radiologia sono:

- l'allestimento di una sala dedicata per refertazione e discussione dei casi clinici, mediante l'aggiunta di monitor di grandi dimensioni collegati al sistema PACS che renderanno possibile la discussione interdisciplinare dei casi clinici anche per gruppi numerosi;
- la collaborazione con la chirurgia urologica di AAS 5 anche per l'integrazione diagnostico/clinica dei pazienti con patologia prostatica e renale mediante discussione multidisciplinare dei casi clinici, procedure diagnostiche e terapeutiche nell'ambito dei *Programmi di presa in carico*.

- *Trasferimento attività di Medicina Nucleare*

Come già indicato in precedenza, sulla base dell'accordo con AAS5, **entro il 30.6.2016**, si intende

procedere alla integrazione, coordinamento e/o trasferimento delle funzioni, delle infrastrutture tecnologiche, delle risorse umane, sulla base di quanto previsto nei rispettivi atti aziendali con il seguente ordine di priorità:

1. Oncologia medica
2. Anatomia Patologica, Laboratori di Patologia Clinica e di Microbiologia-Virologia
3. Cardiologia
4. Medicina Nucleare
- *Fattibilità Proton Therapy*

Nell'ambito delle alte tecnologie si avvierà un processo di valutazione di fattibilità tra CRO, Regione, Enti pubblici e privati per la costituzione di un centro di "Proton-Therapy" presso il nostro Istituto, finalizzato al trattamento di quei pazienti che per il rischio di sviluppare effetti collaterali tardivi, presentano particolare indicazione alla terapia protonica.

#### **3.4.7 Tempi di attesa**

Coerentemente con quanto definito nella DGR 2034/2015 contenente le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa, nel 2016 il CRO prevede quanto segue:

- garantire il rispetto dei tempi previsti per le prestazioni ambulatoriali di primo accesso con priorità 'B' e 'D' e per gli interventi secondo i codici di priorità A, B, C e D;
- partecipare ai monitoraggi regionale e nazionale sulle attività istituzionali e ALPI;
- proseguire nell'organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale;
- prevedere modalità organizzative per la gestione degli accessi in "urgenza" dei pazienti oncologici, anche attraverso l'attivazione di accordi specifici con le strutture sanitarie insistenti sul territorio della provincia di Pordenone;
- rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale di primo accesso assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, anche rivedendo l'organizzazione erogativa e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziato, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.

#### **3.4.8 Rischio clinico e qualità**

Nel corso del 2016 il CRO porrà particolare attenzione ai seguenti temi:

- compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, in particolare:
  - alla prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici.
- sicurezza del farmaco attraverso:
  - la riduzione dei rischi da interazione più frequenti così come emerso dalle sorveglianze regionali effettuate;
  - la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali;
- adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite, incluse:
  - la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;

<ul style="list-style-type: none"> <li>• attivazione di percorsi formativi e di diffusione delle linee guida terapeutiche regionali;</li> <li>• la partecipazione alla predisposizione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici;</li> <li>• l'adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche</li> </ul> <p>- avvio di azioni di miglioramento sulla base delle criticità emerse dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015;</p> <p>- prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione";</p> <p>- empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione";</li> </ul> <p>la partecipazione alla predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.</p>
<p>Le altre progettualità relative al rischio clinico del CRO si pongono in continuità con quanto attuato negli anni precedenti e fanno riferimento al concetto fondante della sicurezza come percorso integrato tra diverse aree funzionali che coniuga i diversi aspetti della sicurezza sia del paziente che del lavoratore intesi come impegno della intera organizzazione.</p>
<p>1. Partecipazione a programmi di valutazione esterna ed interna della qualità ed a programmi di benchmarking interaziendale (rappresenta un elemento chiave di "trasparenza" e "rendicontazione" alla comunità, sottraendo l'Istituto al rischio di autoreferenzialità). Prevede in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conclusione del 3° ciclo del programma di accreditamento internazionale all'eccellenza sec. il modello QMentum di Accreditation Canada International (ACI) articolato con le seguenti attività: stesura di un piano con azioni di miglioramento; verifica delle conformità alle POO (Pratiche Obbligatorie per l'Organizzazione); gestione degli indicatori aziendali; pianificazione della visita di accreditamento da parte di ACI.</li> <li>• Prosecuzione della partecipazione al programma di accreditamento internazionale secondo il modello OECl con implementazione delle azioni di miglioramento previste nel piano di miglioramento condiviso con OECl a novembre 2015. Saranno in particolare oggetto di monitoraggio ed implementazioni le tematiche riguardanti l'approccio Multidisciplinare e la gestione dei PDTA e delle Linee Guida; la definizione di Cancer Supportive Service; la condivisione delle informazioni con i pazienti e medici di medicina generale; i carrelli di emergenza; il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica quotidiana.</li> <li>• Prosecuzione del progetto di Certificazione sec. le norme ISO, tramite il rinnovo della certificazione delle strutture già certificate e l'eventuale avvio di un nuovo processo certificativo per altre strutture operative.</li> <li>• Prosecuzione della partecipazione al programma di accreditamento JACIE per il progetto trapianti di cellule staminali emopoietiche, tramite il mantenimento dell'accreditamento conseguito nel 2014.</li> <li>• Prosecuzione della collaborazione alle attività di Accreditamento Istituzionale della regione FVG, con le attività previste dal nuovo processo di accreditamento regionale delle strutture sanitarie pubbliche; la messa a disposizione di dipendenti del CRO, quali esperti per la definizione dei requisiti di valutazione o delle metodologie operative; la messa a disposizione di dipendenti del CRO come auditor accreditati per le visite in situ.</li> <li>• Implementazione e miglioramento, alla luce dell'esperienza consolidata nel 2015, del programma di Audit Interni Integrati per favorire in modo sempre più efficace la introduzione al CRO di un sistema di</li> </ul>

<p>Gestione integrato della qualità e della sicurezza.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione ad altri programmi di valutazione e confronto quali <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programma PaSCAI;</li> <li>▪ programma Buone pratiche dell'Agenas contribuendo con l'inserimento nell'osservatorio Nazionale di buone pratiche aziendali;</li> <li>▪ programma PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care) con il contributo di buone pratiche aziendali;</li> <li>▪ programma BenchCan nell'ambito del sistema di accreditamento OECl per l'applicazione di indicatori e percorsi specifici dei Cancer Center.</li> </ul> </li> </ul>
<p>2. Partecipazione al programma regionale Sicurezza del paziente e governo clinico con implementazione dei progetti concordati nell'ambito del gruppo dei referenti regionali.</p>
<p>3. Implementazione del Piano della Comunicazione aziendale, in particolare per gli aspetti relativi alla comunicazione interna e alla comunicazione con il paziente, nello specifico con riferimento al tema della comunicazione aperta degli eventi avversi/errori, tema che rientra anche tra gli obiettivi sia del programma di Accreditamento di ACI sia del programma regionale per la Sicurezza del paziente ed il Governo Clinico. In continuità con quanto attuato negli anni precedenti, l'Istituto proseguirà nelle attività di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ definizione e controllo degli standard di qualità per la documentazione sanitaria (compresa la cartella clinica) in particolare: uso di abbreviazioni pericolose, gestione della informazione al paziente e del consenso all'atto sanitario;</li> <li>▪ implementazione del sistema di gestione documentale Qualibus;</li> <li>▪ aggiornamento del sito web aziendale;</li> <li>▪ implementazione del progetto Patient Education e del progetto Incontri a tema coordinato dalla Biblioteca Scientifica;</li> <li>▪ miglioramento del sistema di Reporting;</li> <li>▪ diffusione della cultura degli Indicatori, quali elementi di misura in particolare della efficacia clinica;</li> <li>▪ attivazione di forme di partecipazione dei cittadini/pazienti/familiari e loro rappresentati alla definizione dei programmi aziendali;</li> <li>▪ Programmazione, pianificazione e attuazione di progetti di informazione/formazione degli operatori sui temi della qualità e della sicurezza prevedendo, in alcuni casi, anche il coinvolgimento dei pazienti, familiari e caregiver.</li> </ul>
<p>4. Implementazione della struttura organizzativa e delle attività deputate alla gestione della sicurezza del paziente a livello aziendale, tramite attività quali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestione del contenzioso in termini di analisi delle criticità con la finalità di favorire una comunicazione aperta e trasparente con pazienti e familiari ed il ricorso nel maggior numero possibili di casi a modalità conciliative per la soluzione delle controversie.</li> <li>▪ Gestione e coordinamento dei Referenti qualità e sicurezza con la finalità di favorire quanto più possibile l'integrazione delle strutture operative nel sistema di gestione della qualità aziendale ed una integrazione tra gli aspetti della qualità e della sicurezza del paziente.</li> </ul> <p>Produzione di procedure ad hoc con la finalità di avere il maggior numero possibile di procedure di valenza aziendale invece che riferite a singole strutture operative o dipartimenti.</p>

<b>3.4.10 Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati</b>	
<b>Supporto attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Supporto all'analisi dell'Osservatorio Ambiente Salute in relazione al progetto di monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola, condotto dalle aziende Aas1 – Aas2 – Aouts</b></li> <li>- <b>Supporto alle attività deliberate dall'Osservatorio Ambiente Salute</b></li> </ul>

### 3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

<p><b>3.5 Assistenza farmaceutica</b></p>
<p>Nel corso del 2016 saranno confermate tutte le progettualità definite a livello regionale in termini di contenimento della spesa ospedaliera e di appropriatezza prescrittiva.</p>
<p>Nel 2016 Farmacia del CRO proseguirà la preparazione dei <u>farmaci antitumorali</u> anche per l'AAS5.</p>
<p><u>Prescrizione di medicinali generici, biosimilari e bioequivalenti</u></p> <p>In Istituto già da anni si sancisce il principio della necessità da parte dei prescrittori di motivare l'uso di molecole/principi attivi più costosi in luogo di generici, biosimilari e bioequivalenti. In particolare 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% delle dosi equivalenti utilizzate, anche in impiego non esclusivamente oncologico, con benefici in termini economici.</p> <p>Per il 2016 ci si impegnerà a mantenere i risultati consolidati negli anni per i farmaci già genericati e di raggiungere analoghi risultati per quelli che eventualmente perderanno l'esclusività brevettuale.</p>
<p><u>Appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione delle richieste</u></p> <p>Proseguirà l'impegno volto a migliorare le registrazioni, i flussi informativi (quali registro RFOM sul portale Aifa), cartella oncologica informatizzata e G2 clinico. Nel 2015 è stata monitorata l'aderenza all'uso delle Linee Guida definite nel 2014 e si è esteso l'utilizzo di valutazione HTA per l'inserimento di nuovi farmaci e dispositivi, in condivisione con i Dipartimenti di Oncologia Medica e della Tecnostruttura Sanitaria. Questa attività costituirà la base per il monitoraggio dell'appropriatezza d'impiego di farmaci e dispositivi nonché per il monitoraggio congiunto della SOC di Farmacia, dell'ufficio controllo di gestione e del referente medico per le strutture operative che prescrivono farmaci di impiego oncologico.</p> <p>In particolare, relativamente all'obiettivo di razionalizzazione dell'utilizzo dei dispositivi medici, verrà definito dall'azienda un percorso per le nuove richieste di dispositivi. A tal proposito, verrà predisposta, secondo un approccio HTA (Health Technology Assessment), una modulistica da utilizzare per tutti i nuovi farmaci e dispositivi. Nell'analisi si procederà obbligatoriamente con analisi di comparazione dei costi tra prodotti esistenti.</p> <p>Si manterrà il monitoraggio sull'impiego dei farmaci off-label secondo le indicazioni regionali. Verrà, inoltre, garantita la collaborazione del CRO per tutte le iniziative che prevedono la partecipazione ad attività di area vasta e regionali, nonché la partecipazione attiva alle commissioni EGAS, con eventuale coordinamento con AAS5 su temi condivisibili.</p> <p>Verrà implementato, secondo le modalità che saranno definite nel corso del 2016 dalla DCSISPSF, il sistema SIASA File F ovvero sistemi validati e condivisi per i pazienti regionali in regime di ricovero, prestazioni ambulatoriali e distribuzione diretta al fine di quantificare la mobilità intraregionale. Sarà assicurata la collaborazione con le iniziative promosse da DCSISPSF per l'individuazione di un sistema informatizzato per la tracciabilità delle produzioni oncologiche nei quattro centri UFA previsti in Regione, finalizzata a ridurre gli errori in terapia con i farmaci antineoplastici e a monitorare l'aderenza alle LLGG adottate sul territorio e in regione. Sarà assicurata l'adozione di specifiche misure di restrizione di specifiche molecole antibiotiche.</p>

### 3.5.Assistenza farmaceutica

1. Forte potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore). A tal fine, gli Enti erogatori assicurano alle AAS, anche tramite opportuni accordi, la disponibilità delle informazioni relative a spesa, consumi e setting d'impiego necessarie alla piena valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate agli assistiti di ciascuna AAS.

<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• implementazione della prescrizione elettronica per principio attivo in dimissione da ricovero, DH, visita</li> <li>• analisi di fattibilità di una reportistica individuale della prescrizione in dimissione da ricovero, ambulatorio, DH</li> <li>• definizione di un programma di formazione sulla appropriatezza prescrittiva</li> <li>• accordo con AAS5 su obiettivi e risultati attesi da assegnare in budget ai professionisti su temi pertinenti per il CRO</li> <li>• Mantenimento del sistema prescrittivo automatizzato regionale (PSM) con predisposizione di elenchi precompilati per la richiesta dei farmaci e la continuità assistenziale sul territorio. I farmaci da utilizzare sono concordati con AAS5 utilizzando un Prontuario comune</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• almeno 50% prescrittori informatizzati</li> <li>• modello di report validato entro dicembre 2016</li> <li>• almeno 3 giornate di formazione sui temi appropriatezza prescrittiva entro dicembre 2016</li> <li>• obiettivi di budget omogenei tra AAS5 e CRO su temi pertinenti</li> <li>• incremento % di farmaci prescritti in dimissione da Prontuario condiviso a livello Provinciale</li> </ul>
--	--

2. Individuazione di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero, correlati ad indicatori di risultato predefiniti.

<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione prescrizione inappropriata PPI in prevenzione danno gastrico da fans su lettere di dimissione e visita</li> <li>• Incremento scelte molecole con rapporto costo-efficacia favorevole (Finasteride, alfa-litici, antiemetici..)</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Verranno individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello ambulatoriale/ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti</b></p>
---	---

3. Le prescrizioni di bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo

percorsi definiti a livello aziendale.	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Promuovere e facilitare l'uso dei biosimilari in tutte le indicazioni previste e disponibili</p>	<p>Risultato atteso</p> <p><b>Incremento della distribuzione diretta ospedaliera su prescrizione informatizzata regionale nominativa (PSM) di farmaci biosimilari ed equivalenti individuati da gara regionale e riforniti da EGAS</b></p>
<p>4. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 devono tendere ai valori target indicati. Le Aziende valuteranno inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Definizione di un programma di formazione con tutti i prescrittori e predisposizione di supporti informativi per pazienti e prescrittori per orientare alla scelta di molecole con profilo costo efficacia favorevole in dimissione da ricovero, da DH e da visita ambulatoriale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>verifiche su un campione di lettere di dimissione e referti ambulatoriali relativamente alle categorie individuate da AIFA-MEF e secondo il target indicato in Tabella n.1</p>
<p>5. Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata sono favoriti anche nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR. Le Aziende eroganti in tale ambito, definiscono idonei percorsi prescrittivi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Implementazione della prescrizione informatizzata durante ricovero e in dimissione anche da visita ambulatoriale</p> <p><b>Promozione della prescrizione dei farmaci che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR</b></p> <p>Verifica della tracciabilità elettronica delle prescrizioni in dimissione da ricovero e visita</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Implementazione della prescrizione informatizzata durante il ricovero e in dimissione anche da visita ambulatoriale</b></li> <li>• <b>Promozione della prescrizione dei farmaci che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR</b></li> <li>• <b>Verifica della tracciabilità elettronica delle prescrizioni in dimissione da ricovero e visita</b></li> </ul>
<p>6. Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare deve essere inoltre garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria assicurando la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia. L'implementazione di tale attività dovrà essere assicurata in almeno il 20% delle</p>	

residenze protette	
Obiettivo aziendale non pertinente per il CRO	
7. Continua ad essere assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di 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. Dovranno inoltre trovare applicazione in ambito aziendale ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici oltre ad azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva anche modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie). A tal fine le aziende sanitarie attivano, anche in collaborazione tra loro, ogni utile iniziativa	
Obiettivo aziendale non pertinente per il CRO	
8. Le Aziende adottano idonee iniziative, al fine di monitorare periodicamente eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza e segnalare contestualmente tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia secondo le modalità concordate	
Obiettivo aziendale non pertinente per il CRO	
9. Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS, per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale. Inoltre, a partire dal II quadrimestre 2016, per tutte le Aziende (anche quelle non ancora servite dalla logistica centralizzata EGAS), dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive	
Obiettivo aziendale - Mantenimento delle performance di registrazioni, completezza dei flussi informativi (quali registro RFOM sul portale Aifa) in distribuzione diretta - <b>Garantire inoltre a partire dal II quadrimestre 2016 il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali</b>	Risultato atteso - <b>Prescrizione informatizzata e nominativa (PSM) dell'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta</b> - <b>A partire dal II quadrimestre 2016 copertura di almeno il 50% per le prime prescrizioni o rinnovi dei piani terapeutici disponibili a sistema</b>

modalità prescrittive	
10. Sono promosse le iniziative di farmacovigilanza anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza è opportuno che per ogni struttura/reparto venga individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica.	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipazione alle iniziative regionali sulla farmacovigilanza</p> <p>Promozione di iniziative di farmacovigilanza interne al CRO</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione di alcuni responsabili farmacovigilanza CRO a tutti gli incontri regionali</li> <li>• Realizzazione di almeno due incontri anno con la rete dei medici responsabili di Farmacovigilanza di struttura operativa</li> <li>• <b>Individuazione di almeno un referente per la farmacovigilanza all'interno di ciascun dipartimento</b></li> </ul>
11. 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. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Va inoltre assicurato, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Consolidamento e mantenimento del monitoraggio della rispondenza ai criteri AIFA di registrazione da parte delle unità operative espresso come % sulla totalità dei cicli</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>100% schede AIFA conformi per tempi e completezza di compilazione e chiusura e contenuti di appropriatezza</b></li> <li>• <b>Implementazione del sistema informatizzato PSM/piani, in controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA</b></li> </ul>
12. La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti;	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Promozione della compilazione della cartella oncologica informatizzata collegata alla farmacia per la prescrizione, preparazione, somministrazione dei farmaci al fine di garantire sicurezza, efficienza, appropriatezza</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Il 95% dei pazienti sul totale dei trattati con chemioterapici ha compilato i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione</p>
13. Le Aziende sanitarie assicurano: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo	

del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura.	
Obiettivo aziendale Monitoraggio della completezza dei flussi informativi nei termini temporali indicati.	Risultato atteso <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valori di monitoraggio della registrazione di targatura con % superiore al 90%</li> <li>• <b>Assicurare l'integrale copertura della fase 3 su fase 2</b></li> </ul>
14.La Aziende al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta implementano, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito	
Obiettivo aziendale Mantenimento della Distribuzione Diretta su Sistema Informativo Regionale PSM	Risultato atteso Il 95% dei pazienti che ricevono farmaci in DD è registrato su PSM

<b>3.7.1. Sistemi informativi</b>	
Obiettivo aziendale <b>Servizi ai cittadini</b>	Risultato atteso <b>Implementazione dei nuovi applicativi o estensione degli applicativi già in essere, in base a quanto verrà previsto dalla pianificazione regionale.</b>
Obiettivo aziendale <b>Ricetta dematerializzata</b>	Risultato atteso <b>Estensione della ricetta dematerializzata per la farmaceutica e della specialistica</b>
Obiettivo aziendale <b>Firma digitale</b>	Risultato atteso <b>Superamento delle soglia minima fissata dalla DCS per gli ambiti di pertinenza.</b>

<b>3.7. PACS</b>	
Obiettivo aziendale <b>Sistema PACS regionale</b>	Risultato atteso Per il 2016 le linee di sviluppo aziendale devono essere: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico e collaborazione per la definizione delle specifiche di estensione della funzione PACS all'endoscopia digestiva;</b></li> <li>- <b>implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy</b></li> </ul>

	<p><b>sulla base di indicazioni regionali;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri, sulla base di indicazioni regionali.</b></li></ul>
--	--

**IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano**

(Delibera del DG n. 281 dd. 30/12/2015)

**Piano degli investimenti - 2015 (variazioni al 31/12/2015)**

Rilievo Aziendale	BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE	Importo totale	Fondi propri	CCRA
	Biomediche	227,0	127,0	100,0
	Informatiche			
	Altro			
	<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>227,0</b>	<b>127,0</b>	<b>100,0</b>
<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>227,0</b>	<b>127,0</b>	<b>100,0</b>	

**Importo totale del piano degli investimenti (A+B) 227,0**

**Beni mobili e tecnologie 227,0**

**Elenco delle attrezzature e beni mobili di rilievo**

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo complessivo
	Image Stream III	Ricerca translazionale	1	107,0

**Copertura finanziaria del piano degli investimenti**

Tipo di finanziamento	Importo
Fondi Statali	-
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>100,0</b>
CC regionale: quota di rilievo regionale	-
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	<b>-</b>
<b>Risorse proprie</b>	<b>127,0</b>
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	127,0
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	
Altro	

**Totale: 227,0**

**Disponibilità complessiva: 227,0**

# Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)

## LE PROGETTUALITA'

### CENTRALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' TECNICO AMMINISTRATIVE

#### **Acquisti centralizzati di beni e servizi a favore degli Enti del SSR**

Prosegue l'espletamento delle procedure di gara centralizzate a favore delle Aziende sanitarie regionale, secondo il meccanismo di programmazione semestrale a scorrimento. Nel corso dell'anno il Comitato di Indirizzo potrà individuare fabbisogni o criticità emergenti a livello di sistema e dare mandato ad EGAS di progettare nuovi servizi.

Nel 2016 si concluderanno le procedure di gara la cui progettazione ha interessato EGAS e gli operatori delle AAS nel 2015, con particolare riferimento alla ristorazione, ai trasporti sanitari, alla Call center regionale ed ai Budget individuali di salute. Saranno inoltre portate a termine le procedure di gare per i reagenti di laboratorio secondo il nuovo modello organizzativo che prevede la costituzione di tre centri HUB regionali.

Per quanto concerne gli interventi di razionalizzazione delle spese del SSN previsti dall'art. 9 ter, comma 1, lett. a) del D.L. n. 78/2015, con deliberazione della G.R. n. 1813 del 18.9.2015 e con decreto del Direttore Centrale Salute n. 862/SPS del 21.10.2015 EGAS, completerà il processo già avviato tramite due principali interventi:

- la proposta di rinegoziazione dei prezzi delle forniture di servizi;
- la riduzione del costo sostenuto per la gestione del servizio di logistica del magazzino centralizzato.

Tali attività avranno una modalità condivisa con gli enti interessati ed eventuali criticità saranno rappresentate alla Direzione centrale in sede dello specifico monitoraggio previsto.

#### **Logistica centralizzata**

Nel corso dell'anno sono previste le seguenti progettualità:

- avvio del contratto con un nuovo operatore logistico,
- consolidamento del servizio logistico all'area giuliano-isontina e all'IRCCS Burlo Garofolo;
- sperimentazione della consegna diretta a reparto con stoccaggio e ripristino delle scorte per un presidio ospedaliero.

**Assicurazione**

Il modello assicurativo centralizzato, con gestione da parte dell'EGAS dei sinistri inferiori alla franchigia e la stipula di una polizza di secondo rischio, viene mantenuto perseguendo un rafforzamento nell'Ente di alcune competenze specifiche (medicina legale), un maggiore coordinamento delle procedure di difesa legale ed una collaborazione con l'area del rischio clinico per un migliore governo e prevenzione di eventi avversi ed un contenimento dei costi assicurativi. Nel corso dell'anno saranno erogati dei corsi a favore del personale sanitario finalizzati alla conoscenza delle caratteristiche delle attuali polizze e del ruolo del consenso informato nella richiesta di risarcimento, e per il personale amministrativo sulla copertura assicurativa *property* a tutela del patrimonio.

**Call center**

Si garantisce la prosecuzione del servizio di informazione e prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie per le Aziende del SSR del FVG e del servizio di accoglienza telefonica per l'orientamento e l'informazione sui servizi sociali, sociosanitari e sanitari; per fine anno sono previsti l'indizione e l'espletamento della gara necessaria a garantire la continuità del servizio alla luce della riconfigurazione degli assetti aziendali e dei fabbisogni emergenti. Si prevede di effettuare l'individuazione del nucleo di operatori che assicurano il livello operativo accentrato di cui alla D.G.R. 2034/2015 per la realizzazione e l'avvio del CUP regionale. EGAS dovrà sviluppare una sezione del proprio sito internet dedicata alla gestione delle prestazioni sanitarie nella quale ogni cittadino possa facilmente avere accesso alle informazioni inerenti le prestazioni ambulatoriali e le modalità di accesso. Il sito dovrà contenere anche una sezione intranet dedicata agli operatori.

**Programmi di screening**

Per l'anno 2016 si intende mantenere l'attività di supporto tecnico-amministrativo e logistico ai tre programmi di screening predisposto di concerto con la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto. In particolare si garantisce il supporto alla DCS per la migrazione del test primario di screening dall'attuale Pap test a quello dell'HPV.

Si intende inoltre ridefinire le responsabilità contrattuali in essere al fine di garantire la continuità dei servizi di supporto logistico.

**Ingegneria clinica**

EGAS è responsabile della gestione operativa del sistema PACS regionale e per il 2016 le linee di sviluppo sono le seguenti:

- a) completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico, prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia;
- b) implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica

regionale a larga banda;

c) integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri;

d) completamento del percorso di integrazione dei sistemi PACS delle aziende AAS1 e AOUTS nell'impianto del sistema PACS regionale;

e) analisi dei possibili scenari evolutivi per il sistema PACS regionale nel breve e medio periodo, anche in relazione alle soluzioni contrattuali attualmente in essere.

#### **Gestione amministrativa delle attività a beneficio sovra aziendale per conto della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia**

Nel 2016 EGAS garantirà il proseguo della gestione giuridico-amministrativa, l'attuazione operativa e la rendicontazione finanziaria relativa alle attività previste nella programmazione del SSR riferite in particolare a: campagna informazione per donatori sangue, rimborso alle associazioni dei diabetici per l'attività di educazione sanitaria, nonché altre attività che la Direzione centrale valuterà opportuno assegnare ad EGAS nel corso dell'anno.

#### **Provider ECM**

EGAS, in quanto provider regionale provvederà alla stesura del Piano formativo entro il 31 gennaio 2016, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano Regionale della Formazione ed alla redazione della Relazione annuale, entro il 31 maggio 2016.

Nel corso del 2016 saranno implementate le azioni necessarie a garantire l'organizzazione del servizio in coerenza con i regolamenti e i manuali regionali sulla formazione e dalle indicazioni della Direzione Centrale Salute.

#### **Comitato Etico Regionale Unico (CERU)**

Il Comitato è un organismo indipendente cui EGAS garantisce la segreteria organizzativa. E' in corso una revisione da parte della Direzione Centrale Salute, le cui risultanze saranno recepite ed attuate nel corso del 2016.

#### **Concorsi centralizzati per il comparto**

EGAS provvederà ad espletare procedure concorsuali per l'acquisizione di personale del comparto a livello accentrato per conto delle Aziende del SSR, secondo le priorità individuate in sede di Comitato d'Indirizzo dell'Ente.

In particolare nel corso del 2016 andranno resi operativi i concorsi regionali di Ostetrica, di Tecnico di laboratorio e di Tecnico di radiologia.

A tal fine, EGAS dovrà dotarsi di un sistema informatico per la gestione delle domande di partecipazione online alle procedure di selezione del personale, da rendere eventualmente disponibile alle aziende del SSR.

#### **Provveditorato unico**

L'anno 2016 vedrà la realizzazione del Servizio unico del Provveditorato relativamente ad Egas, AAS3, AAS4 ed AOUD, secondo la progettualità presentata ed approvata nella seduta del Comitato di Indirizzo del 5.11.2015.

#### **Funzioni stipendi e previdenza**

Nel corso del 2016 sarà presentato al Comitato di Indirizzo il progetto per il trasferimento ad Egas delle funzioni stipendi e previdenza di AAS3, AAS4 e di AOUD. Tale progettualità dovrà prevedere le attività da trasferire, le modalità di esercizio della funzione e le azioni propedeutiche che ciascun Ente deve realizzare affinché questa proposta di aggregazione graduale di servizi possa essere estesa nella quantità di attività delegate o trasferite.

#### **Centrale operativa unica regionale dei trasporti secondari**

EGAS dovrà predisporre un'ipotesi operativa per l'implementazione e la gestione della centrale operativa unica regionale dei trasporti secondari entro il 30.09 da sottoporre alla valutazione del Comitato di Indirizzo.

#### **Sito internet**

Per supportare adeguatamente la gestione delle attività, EGAS sta sviluppando un nuovo sito internet in linea con le tecnologie più avanzate oggi disponibili. Gli strumenti informativi ed operativi presenti nel sito saranno implementati gradualmente.

### **PIANO EMERGENZA URGENZA**

#### **Piano emergenza urgenza**

Il Piano regionale dell'Emergenza Urgenza prevede che la Centrale Operativa 118, con sede operativa a Palmanova, sia strutturalmente incardinata presso EGAS.

Nel primo semestre di attività saranno poste in essere tutte le azioni propedeutiche necessarie all'avviamento da parte di EGAS della C.O. 118, integrata con il NUE 112, entro il 31.07.2016.

Sarà predisposto il relativo piano attuativo e cronoprogramma, da sottoporre al Comitato di indirizzo per concertare i trasferimenti di risorse, personale e contratti necessari allo svolgimento della funzione.

### **PIANO SANGUE**

#### **Piano sangue**

Il quarto Piano sangue disegnerà un nuovo modello organizzativo della funzione trasfusionale a livello regionale. In attuazione dello stesso, EGAS predisporrà un progetto operativo con l'impatto in termini di risorse, personale e contratti trasferiti, con il corrispettivo cronoprogramma da sottoporre alla valutazione del Comitato di Indirizzo. Puntuali variazioni quali-quantitative

saranno riportate in sede di monitoraggio infrannuale.

EGAS garantisce anche la gestione dei costi sostenuti per la lavorazione del plasma per la produzione di emoderivati, dati dal costo del servizio stesso e dai costi del trasporto degli emocomponenti dai punti di raccolta al centro unico di lavorazione. Gli emoderivati da piano sangue sono tra i beni gestiti dal magazzino centralizzato a favore delle aziende che vi aderiscono.

Prosegue la gestione amministrativa unificata dei rimborsi alle associazioni dei donatori di sangue.

## **ASSISTENZA FARMACEUTICA**

### **Assistenza farmaceutica**

La Farmacia centralizzata ha il compito di supportare le Aziende nell'individuazione dei farmaci aggiudicati a livello centralizzato. A tal fine ogni mese aggiorna e diffonde l'elenco dei farmaci aggiudicati, con evidenza di quelli in DPC.

L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto al fine di limitare al minimo gli acquisti in autonomia degli Enti del SSR definisce ed implementa le modalità con cui assicurare, per tutti i farmaci (es. farmaci oncologici, epatite C, ecc.) per cui sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results), il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente.

L'EGAS, in collaborazione con gli enti del SSR adotta le opportune azioni per assicurare la disponibilità tempestiva di farmaci biosimilari, farmaci a brevetto scaduto, ovvero molecole dal miglior profilo di costo efficacia.

Assicura altresì la gestione del proprio sito logistico, con riferimento alla normativa di settore e degli adempimenti informativi ministeriali.

Le attività potranno essere rivalutate/aggiornate in corso d'anno nell'ambito della programmazione regionale anche in funzione della nuova organizzazione dell'Ente in fase di definizione.

**Ente per la Gestione Accentrata Servizi Condivisi**

(Decreto CS n. 88 dd. 31/12/2015)

**Piano degli investimenti - 2015**

<b>Rilievo Aziendale</b>	<b>BENI MOBILI E TECNOLOGIE DI RILIEVO AZIENDALE</b>	<b>Importo totale</b>	Fondi propri	CCRA
	Biomediche			
	Informatiche	<b>15,0</b>		15,0
	Altro			
	<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>15,0</b>	-	15,0
	<b>A) Totale rilievo aziendale</b>	<b>15,0</b>	-	15,0

<b>Rilievo Regionale</b>	Biomediche			
	Informatiche	<b>270,0</b>		270,0
	Altro	<b>80,0</b>		80,0
		<b>Beni mobili e tecnologie di rilievo regionale</b>	<b>350,0</b>	-
	<b>B) Totale rilievo regionale</b>	<b>350,0</b>	-	350,0

<b>Importo totale del piano degli investimenti (A+B)</b>	<b>365,0</b>
<i>di cui:</i>	
<b>Interventi edili e impiantistici</b>	-
<b>Beni mobili e tecnologie</b>	<b>365,0</b>

**Copertura finanziaria del piano degli investimenti**

Tipo di finanziamento	Importo
<b>Fondi Statali</b>	-
<b>Altri fondi regionali (aree verdi LR 27/2014)</b>	-
<b>Risorse proprie</b>	-
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni e lasciti	
Utili di esercizi precedenti	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 27/2012	
Finanziamenti oggetto di riprogrammazione ex LR 15/2014	
Altro	
<b>Totale:</b>	<b>365,0</b>

<b>Disponibilità complessiva:</b>	<b>365,0</b>
-----------------------------------	--------------

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE