

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1973 DEL 13 OTTOBRE 2017

CONSOLIDATO CONSUNTIVO 2016 - ALLEGATO 3

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

ANNO 2016

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICE

PREMESSA	pag. 4
1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2016	
1.1 Il Quadro generale	" 7
1.2 L'attuazione delle progettualità	" 10
1.2.1 Riorganizzazione delle funzioni	" 10
1.2.2 Prevenzione	" 12
1.2.3 Assistenza primaria	" 14
1.2.4 Assistenza ospedaliera	" 19
1.2.5 Assistenza farmaceutica	" 21
1.2.6 sistemi informativi	" 23
2. ATTIVITA' DEL PERIODO	
2.1 Assistenza ospedaliera	
2.1.1 Posti letto	" 24
2.1.2 Pronto soccorso	" 26
2.1.3 Ricoveri	" 30
2.1.4 Specialistica ambulatoriale	" 43
2.1.5 Parti	" 45
2.2 Assistenza territoriale	
2.2.1 Assistenza sanitaria di base	" 48
2.2.2 RSA	" 49
2.2.3 Assistenza domiciliare	" 50
2.2.4 Hospice	" 51
3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	
3.1 Il personale dipendente	" 52
3.2 Altre tematiche	" 54
Rendicontazione Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)	" 68
4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE NELL'ANNO 2016	" 82
AAS n. 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"	
Linee Progettuali	" 83
Investimenti	" 170
Tabella indicatori Lea	" 171
AAS n. 3 "ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI"	
Linee Progettuali	" 172
Investimenti	" 231
Tabella indicatori Lea	" 232
AAS n. 5 "FRIULI OCCIDENTALE"	
Linee Progettuali	" 233
Investimenti	" 303
Tabella indicatori Lea	" 304

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE	
Linee Progettuali	" 305
Investimenti	" 393
Tabella indicatori Lea	" 394
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE	
Linee Progettuali	" 395
Investimenti	" 467
Tabella indicatori Lea	" 469
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE	
Linee Progettuali	" 470
Investimenti	" 508
Tabella indicatori Lea	" 509
IRCCS "CRO" DI AVIANO	
Linee Progettuali	" 510
Investimenti	" 547
Tabella indicatori Lea	" 548
EGAS	
Linee Progettuali	" 549
Investimenti	" 565

La Relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato, prevista dall'articolo 28 della Legge regionale n. 49 del 19.12.1996, rappresenta la sintesi delle relazioni sulla gestione che i Direttori Generali degli enti sanitari hanno redatto e approvato per l'anno 2016 e costituisce il documento di valutazione del sistema sanitario regionale e delle sue aziende.

La Legge Regionale, L.R. n. 27 del 30 dicembre 2014 (Legge Finanziaria 2015) all'articolo 8 comma 7 ha disposto che "Gli enti del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 3 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), in attuazione dell'articolo 29 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 del 10 luglio 2014, adottano, le disposizioni, i principi contabili e gli schemi di bilancio di cui al Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42).

Allo stesso modo, la relazione sulla gestione contiene le informazioni minimali richieste dal summenzionato decreto legislativo adattate alla peculiarità del consolidato della regione Friuli Venezia Giulia.

Le deliberazioni giuntali, che hanno regolato la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2016 fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo periodico di gestione sono state le seguenti:

- DGR 2393 del 27.12.2015, "Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2016: approvazione preliminare."
- DGR 2559 del 22.12.2015, "Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2016 : approvazione definitiva"
- DGR 349 del 4.3.2016, "Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale."
- DGR 391 del 11.3.2016, "Patto 2016 tra la regione e i commissari straordinari / direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale."
- DGR 611 del 13.4.2016: Dgr 349/2016: Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale' - modifiche
- DGR 1780 del 23.9.2016, "Lr 49/1996; programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. Integrazione alla dgr 349/2016. Investimenti per l'anno 2016."
- DGR 1833 del 30.9.2016, "Lr 49/1996, art 16 e art 20. programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. Allegato 6 'Investimenti per l'anno 2016'. Integrazioni conseguenti alla legge di assestamento di bilancio 2016".
- DGR 2023 del 28.10.2016, "Dgr 349/2016 e Dgr 611/2016: 'Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale' - modifiche ed integrazioni."
- DGR 2185 del 18.11.2016, "Dgr 349/2016: 'Lr 49/1996, art 16 e art 20. programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale'. allegato 6 'investimenti per l'anno 2016'. integrazioni conseguenti alla Lr 16/2016 'disposizioni urgenti in materia di programmazione e contabilità' e modifica dgr 1833/2016."

- DGR 2186 del 18.11.2016, “Lr 26/2015, art. 44 Gestione del servizio sanitario regionale Dgr 349/2016: 'lr 49/1996, art 16 e art 20. programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale: 1 rendiconto quadrimestrale 2016 di valutazione economica, finanziaria e gestionale”
- DGR 2246 del 24.11.2016, Dgr 349/2016 e successive modifiche e integrazioni 'lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale' - modifiche ed integrazioni.”
- DGR 2549 del 23.12.2016, “Lr 26/2015, art. 44 Gestione del servizio sanitario regionale Dgr 349/2016: 'lr 49/1996, art 16 e art 20. programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale: 2 rendiconto quadrimestrale 2016 di valutazione economica, finanziaria e gestionale”

Tutte gli enti del Servizio sanitario regionale hanno regolarmente approvato e trasmesso alla Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche sociale e Famiglia i bilanci consuntivi dell'esercizio 2016. Hanno altresì trasmessi i predetti provvedimenti ai rispettivi Collegi sindacali le cui relazioni sono state inviate a corredo dei relativi bilanci aziendali.

Gli atti con i quali sono stati approvati i predetti atti sono i seguenti:

Ente	Bilancio consuntivo	Parere collegio sindacale
Aas2	Decreto Direttore Generale n. 220 del 28.4.	Verbale n. 6 del 11.5.2017
Aas3	Decreto Direttore Generale n. 90 del 28.4.2017	Verbale n. 25 del 9.5.2017
Aas5	Decreto Direttore Generale n. 295 del 28.4.2017	Verbale n. 5 del 10.5.2017
Asui Ts (ex Aas1 e AouTs)	Decreto Direttore Generale n. 273 del 2.5.2017	Verbale del 16.5.2017
Asui Ud (ex Aas4 e AouUd)	Decreto Direttore Generale n. 383 del 28.4.2017	Verbale n. 56 del 10.5.2017
Burlo	Decreto Direttore Generale n.58 del 28.4.2017	Verbale n. 7 del 20.4.2017
Cro	Deliberazione Direttore Generale n. 145 del 28.4.2017	Verbale n. 9 del 5.5.2017
Egas	Decreto Direttore Generale n. 39 del 28.4.2017	Verbale n. 25 del 4.5.2017

Per quanto riguarda il parere della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, la LR 12/2015 “Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del FVG, modifiche e integrazione alla LR 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali” ha abrogato l’art.1, comma 7, della legge regionale 9 marzo 2001, n.8, lettera g) che prevedeva che “le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico trasmettano alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale il bilancio d’esercizio ed il rendiconto finanziario annuale, corredati dalla relazione del Collegio sindacale, ai fini della verifica da parte della medesima, della realizzazione dei piani attuativi ospedalieri”.

La Relazione si articola nei seguenti capitoli:

- i capitoli dall'1 al 4, descrivono l'attività svolta dal SSR nel suo complesso nei vari ambiti di intervento (progettualità annuali, gestione delle risorse umane).
- il capitolo 4 "Gli Enti sanitari nell'anno 2016", illustra per ciascun Ente il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti dalle Linee progettuali regionali 2016. Per un maggior dettaglio dei criteri utilizzati ai fini della valutazione degli obiettivi si rimanda alla nota esplicativa presente all'inizio del capitolo.

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

1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2016

1.1 IL QUADRO GENERALE

Nella gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016 sono proseguite mirate al completamento del riordino istituzionale avviato nel 2015 successivamente all'emanazione della legge regionale n. 17/2014 con la quale è stato disposto il "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria".

L'obiettivo principale della riforma è stato quello di affrontare le sfide dell'invecchiamento della popolazione, del forte incremento della cronicità, della sicurezza e qualità nelle strutture che erogano prestazioni sanitarie e dell'aumento dei costi connessi allo sviluppo tecnologico e scientifico per erogare livelli prestazionali elevati. Oltre a questo si è ritenuto necessario innovare le modalità di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie soprattutto garantendo al cittadino una continuità assistenziale, che prevedesse una presa in cura dal livello distrettuale all'ospedale e viceversa.

In tale contesto si è inserita la revisione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, che ha portato a delineare un modello unico di azienda nel quale sono stati inglobati i livelli organizzativi del dipartimento di prevenzione, del distretto e dell'ospedale. Tale revisione ha comportato una ridefinizione dell'assetto delle singole aziende ridisegnando i territori di competenza sotto il profilo geografico, politico e sociale.

Da un contesto che fino al 31 dicembre 2014 risultava essere articolato in 6 Aziende per i Servizi Sanitari, 2 Aziende Ospedaliero-Universitarie, 1 Azienda ospedaliera e 2 Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, si è passati ad un assetto definitivo nel quale alla data del 1.1.2016 sono enti del Servizio sanitario regionale

- 3 Aziende per l'assistenza sanitaria:

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina";
 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli";
 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale.
- 2 Aziende sanitarie universitarie integrate:
- Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;
 - Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.
- 2 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico:
- Burlo Garofolo di Trieste;
 - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.
- Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) il cui scopo è quello di rendere maggiormente efficiente l'intera organizzazione sia in termini di economie di scale che di uniformità di servizi.



A fronte del quadro come appena delineato, l'attività dell'anno 2016 è stata caratterizzata dai seguenti elementi:

- successivamente alla stipula del protocollo d'intesa tra Regione e Università e in base a quanto previsto dall'art. 4 della LR 17/2014, l'Aas n. 1 "Triestina" e l'Aas n. 4 "Friuli centrale" hanno incorporato, rispettivamente, l'Aou "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Aou "Santa Maria della Misericordia" di Udine. Come conseguenza degli atti di incorporazione a decorrere dal 1 maggio 2016, sono state istituite l'"Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e l'"Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine".
- 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).
- applicazione del DM 70/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- proseguimento nella 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.

- revisione dei percorsi clinici assistenziali e progettazione di reti assistenziali allo scopo di dare piena attuazione alla centralità del paziente;
- presenza di norme nazionali vincolati 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".
- Ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, dell'assegnazione delle risorse fra i tre livelli erogativi dei livelli essenziali di assistenza sanitari collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, coerentemente a quanto previsto dalla programmazione nazionale.
- proseguimento dell'attuazione di alcuni provvedimenti di programmazione adottati negli scorsi anni quali gli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera, il piano regionale della prevenzione, in piano dell'emergenza urgenza e le linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali.

1.2 L'ATTUAZIONE DELLE PROGETTUALITA'

Vengono di seguito illustrati i risultati di carattere sanitario complessivamente raggiunti dagli enti del Servizio Sanitario Regionale nel 2016, rispetto a quanto previsto dalla programmazione regionale con DGR 349/2016, DGR 2185/2016 e DGR 2549/2016.

In particolare sono trattati i seguenti temi:

- 1.2.1-Riorganizzazione delle funzioni
- 1.2.2-Prevenzione
- 1.2.3 Assistenza primaria
- 1.2.4 Assistenza ospedaliera
- 1.2.5 Assistenza farmaceutica
- 1.2.6 Altri contenuti

1.2.1 RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

Atti aziendali

Nel 2015 con DGR 1437 del 17.7.2015 sono stati approvati i "Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale". Con questo provvedimento sono state fornite le indicazioni che, le direzioni aziendali dei nuovi enti del Servizio sanitario regionale, hanno seguito nello predisporre la propria proposta di atto aziendale. Con DGR 612 del 13.4.2016 è stato definitivamente approvato ai sensi del D.lgs. 517/1999 il protocollo d'intesa tra la regione autonoma Friuli Venezia Giulia, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università.

Successivamente alla stipula del protocollo d'intesa e in base a quanto previsto dall'art. 4 della LR 17/2014 in merito all'integrazione tra Servizio sanitario regionale ed Università, l'Aas n. 1 "Triestina" e l'Aas n. 4 "Friuli centrale" hanno incorporato, rispettivamente, l'Aou "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Aou "Santa Maria della Misericordia" di Udine, le quali per tale effetto sono state contestualmente soppresse.

A seguito della stipula del protocollo e degli atti di incorporazione a decorrere dal 1 maggio 2016, sono state istituite l'"Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e l'"Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine".

L'obiettivo di predisposizione e presentazione della proposta di atto aziendale per queste aziende, inizialmente previsto per il 31 dicembre è stato con DGR 2550/2016 posticipato ai primi mesi del 2017.

Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015

Le aziende nel 2016 hanno proseguito l'applicazione dei provvedimenti adottati negli scorsi anni:

- dgr 2673/2014 di definitiva adozione degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera (in merito alla dotazione dei posti letto per acuti);
- dgr 929/2015 di individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici (relativamente all'assistenza veterinaria e alle funzioni da dismettere);
- dgr 2151 con la quale sono state approvate le linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali.

Per quanto riguarda le funzioni da attivare, presso il presidio hub di Pordenone sono stati attivati i servizi di Reumatologia e Malattie Servizio e nel presidio hub di Cattinara-Maggiore il servizio di Reumatologia.

L'AsuiUd e l'Aas5 hanno completato l'assetto organizzativo dell'Assistenza Veterinaria in relazione alle aree A, B e C.

Nell'area pordenonese l'Aas5 e il Cro hanno lavorato per l'integrazione delle proprie funzioni ed è stata completata quella relativa all'Anatomia Patologica.

Laboratori

Sono proseguite le azioni per la riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia secondo il nuovo modello organizzativo che prevede la realizzazione di 3 centri hub (Trieste, Udine, Pordenone) con il mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri spoke.

Nell'area udinese, si è ulteriormente sviluppato il progetto di Laboratorio Unico Interaziendale, avviato già nel 2015, e sono stati assorbiti dal laboratorio centrale di Udine tutti i campioni biologici per esterni provenienti dal territorio dell'AAS2 (limitatamente ai distretti di Palmanova e Latisana) e quelli relativi ad esami non urgenti per pazienti degenti nel Presidio Ospedaliero Unico di Latisana e Palmanova. Le funzioni di Laboratorio analisi e Microbiologia dei presidi di Latisana-Palmanova e S. Daniele-Tolmezzo sono state trasferite all'AOUUD a decorrere dal 1.1.2016.

Nel 2016 è stato approvato il documento di riorganizzazione della Medicina di Laboratorio nell'area giuliano-isontina. A fine anno è stato attivato il nuovo laboratorio spoke presso il Burlo con contemporaneo trasferimento ad ASUITs delle attività per interni ed esterni ed è stato collaudato e reso operativo il sistema/informatico unico tra il centro Hub di ASUITs e il centro spoke dell'istituto.

Per quanto riguarda l'area pordenonese, è stato definito da Aas5 e Cro l'accordo sul documento operativo per l'integrazione delle funzioni e attività della Medicina di Laboratorio.

Emergenza urgenza

Nel corso del 2016 sono proseguite le attività avviate con l'approvazione del "Piano dell'emergenza urgenza della regione friuli venezia giulia" (dgr 2039/2015). Il provvedimento, prevede una riorganizzazione complessiva del sistema di soccorso territoriale di emergenza/urgenza allo scopo di realizzare un sistema rispondente ai criteri di efficienza, efficacia ed equità e in grado di offrire un soccorso appropriato nei limiti di tempo stabiliti dagli standard europei.

Sono stati istituiti i punti di primo intervento di Gemona, di Sacile, e sono stati attivi per il periodo estivo i punti di primo intervento di Lignano (h24) e Grado (h24).

A Chiusaforte, Ovaro, Ampezzo e Paluzza sono state attivate le nuove postazioni periferiche, secondo gli standard organizzativi previsti dal piano regionale. E' stata potenziata la postazione ambulanze di Cividale e sono in fase di completamento gli interventi strutturali per la collocazione della seconda postazione presso la sede distrettuale di San Pietro al Natisone. E' stata attivata l'automedica h24 e 7 giorni su 7 con base all'ospedale di Udine.

Nell'area pordenonese è stato aggiudicato l'appalto lavori per l'attivazione del volo notturno dell'elisuperficie in elevazione a Pordenone.

Sono state avviate le procedure di affidamento per l'acquisizione di nuove ambulanze ove necessarie.

Tutte le aziende hanno partecipato ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza.

1.2.2 PREVENZIONE

Nel 2015 è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione, basato su obiettivi, principi e mission del Piano Nazionale della Prevenzione, con attenzione alle peculiarità ed ai bisogni di salute della popolazione del FVG.

I programmi del PRP (DGR 2365 del 27 novembre 2015) sono stati sviluppati in obiettivi specifici, dettagliando popolazione target, azioni, indicatori, valori attesi e tempi per poter monitorare nel tempo la realizzazione del piano e valutare i risultati raggiunti.

Attraverso la programmazione partecipata messa in atto per giungere alla stesura e adozione del Piano, si voleva anche rafforzare – in tutti gli attori della prevenzione – la consapevolezza che il Piano è lo strumento di lavoro e di intervento, ma anche di crescita culturale nel campo della prevenzione e promozione della salute.

Per la fase operativa, analogamente al 2015 gli obiettivi e le attività previste dal PRP sono stati inseriti nelle indicazioni alle aziende sanitarie per la programmazione annuale del 2016: gli interventi posti in atto si sono focalizzati su stili di vita e fattori di rischio delle malattie croniche, al fine di prevenire patologie che costituiscono un pesante carico in termini economici e di qualità della vita, senza peraltro trascurare le azioni e gli interventi che garantiscono alla popolazione le condizioni di sicurezza essenziali a prevenire patologie di carattere infettivo e di origine alimentare.

In particolare:

Prevenzione malattie infettive

Nel 2016 sono stati fatti molteplici sforzi per consolidare l'offerta vaccinale prevista dal calendario regionale, infatti si intravedono alcuni risultati positivi nell'adesione alla vaccinazione per i nati nell'anno 2016, anche se i dati di copertura vaccinale a 24 mesi per i nati 2015 sono deludenti e persistono ancora importanti differenze tra le aziende.

E' stata data particolare attenzione anche alle categorie a rischio, per patologia e/o età: la strategia di approccio alla vaccinazione antipneumococco nell'anziano ha portato ad un incremento dell'offerta e conseguentemente della copertura vaccinale, e si è assistito ad un modico aumento anche della copertura dell'antinfluenzale. Permane ancora bassissima l'adesione alle vaccinazioni da parte degli operatori sanitari. E' stato iniziato il percorso di stesura delle nuove linee guida regionali sulla tubercolosi e sono stati predisposti i piani regionali di sorveglianza e gestione delle arbovirosi e il piano di sorveglianza integrata della West Nile. Sono state emanate e recepite da quasi tutte le Aziende le Linee guida regionali per la gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti.

Prevenzione infortuni e malattie professionali

Sono proseguite le attività di vigilanza e di promozione della salute e sicurezza previste dal Piano regionale Prevenzione 2014-2018 e dai Piani Nazionali specifici nel settore edilizia e agricoltura. Per la promozione della sicurezza e omogeneizzazione territoriale della vigilanza in agricoltura sono state elaborate ulteriori specifiche schede di controllo dei mezzi agricoli sulle macchine agricole, che sono state illustrate alle associazioni di categoria del settore. Nel settore edile le attività di promozione della sicurezza si sono concentrate sulla formazione dei tecnici degli enti pubblici e degli imprenditori edili sulla Legge Regionale 24/2016 per la prevenzione delle cadute dall'alto.

Sono continuate le attività di sensibilizzazione e informazione dei professionisti sanitari sulle malattie tumorali di origine professionale e sulle malattie da sovraccarico ergonomico, in modo da favorire l'emersione del fenomeno tecnopatico.

Prevenzione incidenti stradali/domestici

le aziende hanno proseguito nelle azioni di sensibilizzazione

Prevenzione secondaria oncologica

Per i programmi di screening oncologici – mantenendo l'impegno delle aziende sanitarie per migliorare l'adesione dei cittadini – è proseguito il confronto del coordinamento regionale con i responsabili/operatori impegnati nelle aziende sui tre programmi, al fine di migliorare l'organizzazione e la qualità dei programmi stessi, anche in relazione alle indicazioni dei piani nazionali specifici e dalle linee guida europee. E' stata preparata la campagna regionale di comunicazione (partita poi a marzo 2017) e sono state fatte le azioni propedeutiche alla centralizzazione del laboratorio per lo screening del cancro del colon retto, centralizzazione che è diventata operativa nel 2017.

Programma guadagnare salute

E' proseguita, in linea con il *programma Guadagnare Salute, la promozione di una corretta alimentazione per la prevenzione dell'obesità e delle malattie croniche*, a partire dai primi mesi di vita con l'allattamento al seno, e a seguire con l'alimentazione nei nidi e la ristorazione scolastica; in merito alla *promozione dell'attività fisica e contrasto della sedentarietà, importante fattore di rischio per malattie croniche*, un Protocollo d'intesa è stato firmato da Regione, Federsanità-ANCI FVG, ANCI FVG e UISP FVG in data 3 marzo 2016, per l'avvio di una collaborazione che comprendesse anche una formazione comune. I referenti UISP e delle Aziende Sanitarie hanno partecipato ad una formazione congiunta a Verona il 12-13 maggio 2016, in collaborazione tra assessorati alla sanità di FVG, Veneto e Trentino; le aziende sanitarie hanno sviluppato varie azioni sul territorio, anche in collaborazione con associazioni e Comuni.

Per il *contrasto al fumo e all'abuso di alcool* sono state messe in campo azioni di sensibilizzazione e formazione, anche in sinergia tra Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti delle Dipendenze, nonché di rispetto dell'obbligo di non fumare in luoghi di lavoro e di tutela dal fumo passivo.

Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

le aziende hanno conseguito gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di sicurezza alimentare e di salute e benessere animale e continuato il percorso formativo sul campo per gli Auditors regionali dei Servizi SIAN e Veterinari ed è proseguito il progetto Piccole Produzioni Locali.

Inoltre, sono state assicurate le azioni e gli interventi tesi a fronteggiare le malattie emergenti (WND), la Rabbia e quelle da controllare secondo parametri comunitari (Malattia di Aujeszky dei suini). A questo proposito la Regione Autonoma FVG ha ottenuto l'accreditamento comunitario per la malattia di Aujeszky con l'inserimento all'art.9 allegato II della decisione comunitaria che norma tale malattia. Contestualmente è proseguito il controllo sul benessere animale sia in allevamento che durante il trasporto. Prosegue l'operatività dell'Osservatorio Epidemiologico regionale in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, mirando il lavoro sull'antibiotico resistenza.

Programmi di sorveglianza

è proseguita l'attività dei programmi di sorveglianza nazionali Okkio alla salute e PASSI, utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione

Ambiente e salute

Nel 2016 è proseguita l'attività nell'ambito del tavolo tecnico "Valutazione Impatto sulla salute (VIS); inoltre è stato dato 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. In particolare è stato affrontato il problema della presenza di nuovo metabolita dell'atrazina (DACT) nell'acqua potabile, e redatto il "Protocollo di indagine 2016".

Prevenzione delle dipendenze:

Le aziende hanno continuato a garantire in ogni Dipartimento l'accesso a soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti, per l'informazione e l'orientamento verso servizi di possibile presa in carico. E' stato realizzato, in collaborazione tra Area Welfare di Comunità e Dipartimenti delle Dipendenze il Corso di Formazione accreditato "Gambling: nuovi bisogni dei pazienti e nuove sfide per i medici. Il ruolo del MMG nell'intercettazione precoce" tenutosi a Udine il 24/09/2016.

1.2.3 ASSISTENZA PRIMARIA

Assistenza primaria

Nel corso del 2016 le Aziende hanno individuato le AFT con apposito decreto e sono stati attivati almeno 2 CAP in quasi tutte le Aziende. Specificatamente in ASUITS è continuata la sperimentazione del CAP di Muggia, mentre i CAP presso i Distretti 2 e Distretti 4 sono stati attivati nel primo trimestre del 2017.

Per quanto riguarda la MGI sostanzialmente si è proceduto in coerenza con la programmazione regionale.

In armonia con l'articolo 19 della legge regionale 17/2014 le direzioni generali degli Enti del SSR hanno avviato incontri strutturati e continui con i cittadini.

Accreditamento

Con la DGR 22/1/2016 n 75 la Giunta Regionale ha approvato il programma regionale di accreditamento degli Ospedali; l'attività di verifica sul campo, iniziata nel mese di aprile con l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine e l'Ospedale di Cattinara di Trieste, si è conclusa nel mese di giugno.

Tutti gli enti del SSR hanno partecipato al programma di accreditamento e alla messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi nelle strutture.

L'organismo tecnicamente accreditante, istituito con DGR 2220/2015, è entrato nella fase di piena operatività: ha approvato il programma delle visite di accreditamento e ha formulato osservazioni/proposte migliorative sul manuale operativo e sulla proposta di criteri di valutazione predisposta dalla direzione centrale salute.

Con la D.G.R. 13.5.2016, n. 817, sono stati approvati la procedura e i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA con livello assistenziale riabilitativo e si è dato avvio ai procedimenti di integrazione dell'accreditamento delle RSA private accreditate.

Con il DPR 26.7.2016, n. 151 è stato approvato il regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali in attuazione degli articoli 48 e 49 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 e si è dato avvio ai procedimenti di accreditamento definitivo delle strutture di riabilitazione funzionale provvisoriamente accreditate di cui alla DGR n. 623/2015.

Odontoiatria sociale

Con la DGR 25/3/2016, n. 499, in attuazione al DM 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", la Giunta Regionale ha approvato l'elenco delle le condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale per le quali è consentito l'accesso alle cure odontoiatriche a carico del SSR con l'eventuale compartecipazione del cittadino.

Con la DGR 10/6/2016 n. 1060, che ha approvato l'organizzazione delle rete odontoiatrica della Regione Friuli Venezia Giulia e il programma di odontoiatria sociale, sono stati definiti:

- le caratteristiche e il modello organizzativo della rete regionale delle strutture e degli ambulatori odontoiatrici;
- l'individuazione delle prestazioni LEA (livelli essenziali di assistenza)che devono essere erogate in tutte le Aziende Sanitarie della Regione;
- l'aggiornamento delle condizioni di vulnerabilità per le quali viene garantito l'accesso alle cure odontoiatriche;
- i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e nell'età adulta;
- l'individuazione delle prestazioni extra LEA erogabili a favore dei cittadini del Friuli Venezia Giulia;
- l'individuazione delle forme e delle modalità di partecipazione alla spesa da parte degli utenti;
- la tempistica di realizzazione delle diverse fasi del programma;
- gli indicatori per il monitoraggio della rete odontoiatrica.

Nel corso della seconda metà dell'anno, il programma di odontoiatria sociale è stato modificato ed integrato con la DGR 14/10/2016 n 1905 in particolare per quanto attiene l'accesso agli utenti con vulnerabilità sociale, le cure ortodontiche e le protesi dentarie. Inoltre con decreto n 1259/2016 del direttore centrale sono state fornite a tutti gli enti del SSR le disposizioni attuative del programma di odontoiatria sociale ed è stato approvato il cronoprogramma per l'attivazione dei pronto soccorso odontoiatrici e degli ambulatori specialistici.

Cure palliative

Con la DGR 5/2/2016, n. 165, la Giunta Regionale ha recepito gli Accordi Stato - Regione rep. atti. n. 239/CSR, n. 151/CSR e n. 87/CSR e approvato il documento "La rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore della Regione Friuli Venezia Giulia". Tale documento definisce in

particolare: le caratteristiche della rete regionale e delle reti locali delle cure palliative e della terapia del dolore, il modello organizzativo e i requisiti delle reti locali della cure palliative e della terapia del dolore, le modalità di presa in carico dalla rete locale delle cure palliative ed i criteri di accesso ai nodi della rete della terapia del dolore, la formazione del personale afferente alle reti locali delle cure palliative e della terapia del dolore e gli indicatori per il monitoraggio del funzionamento e dello sviluppo delle reti locali.

Con decreto del direttore centrale n. 689 del 31/5/2016 è stato costituito il coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore che, in coerenza con il mandato attribuitogli dalla L.R. 10/2011, ha approvato il progetto formativo per tutti i professionisti sanitari operanti nelle due reti che sarà realizzato nel 2017 con finanziamento statale ed ha attivato il monitoraggio per la valutazione dello stato di attivazione delle reti in tutti gli enti del SSR.

Con decreto del direttore centrale n. 830 del 1/7/2016 è stato approvato l'avviso per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla L. 27 dicembre 2013, n. 147 e al Decreto del Ministero della Salute 4/6/2015.

Con decreto del direttore dell'Area servizi assistenza primaria n. 1397/2016 l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine è stata incaricata della gestione e realizzazione del progetto formativo regionale sulle cure palliative e la terapia del dolore con il finanziamento statale di cui all'Accordo CRS Rep. Atti n. 188 del 28/10/2010. Il progetto formativo, rivolto a tutti i professionisti sanitari che operano nelle reti locali delle cure palliative e della terapia del dolore, è iniziato il 15/12/2016 e si completerà nel prossimo triennio.

Per quanto riguarda le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica con decreto 1771/2016 del Direttore di Area servizi assistenza primaria sono state definite le modalità organizzative in ambito regionale.

Riabilitazione

La direzione centrale salute, con il supporto del tavolo tecnico in materia di riabilitazione cui partecipano attivamente medici, infermieri e fisioterapisti di tutte le Aziende Sanitarie, ha elaborato una proposta di Piano Regionale della riabilitazione, in applicazione all'articolo 37 della Legge regionale n. 17/2014 e una proposta di requisiti specifici per la riabilitazione intensiva ed estensiva. Nel corso del 2016 non sono state convocate riunioni del tavolo tecnico in materia di riabilitazione.

Il tavolo regionale per le malattie neuromuscolari e la sclerosi multipla, cui partecipano professionisti sanitari di tutte le Aziende Sanitarie della Regione, il Presidente della Consulta disabili e i rappresentanti delle associazioni delle persone con malattia neuromuscolare, ha elaborato una proposta di rete regionale per le malattie neuromuscolari e la sclerosi multipla che è stata presentata ai direttori sanitari nel corso della riunione del 30/9/2016.

E' stato attivato il tavolo regionale per la redazione del PDTA per la sclerosi multipla cui partecipano professionisti sanitari di tutte le Aziende Sanitarie della Regione, il Presidente della Consulta disabili e i rappresentanti delle associazione AISM.

Nell'ambito del processo di riqualificazione delle RSA e di completamento della rete dei posti letto di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera sono stati approvati, con DGR n. 817/2016, gli standard qualificanti le RSA riabilitative.

Dipendenze

Coerentemente con le linee di gestione, le programmazioni aziendali hanno mantenuto la presa in carico di soggetti con problematiche di uso e abuso di sostanze illegale e legali e relative al gioco d'azzardo patologico (attraverso degli sportelli dedicati) rafforzando la rete con le associazioni e le organizzazioni di volontariato; è stato implementato il sistema informatizzato mFp5 (Piattaforma informatizzata in uso a livello regionale per la cartella clinica e la raccolta dati), al fine di migliorare i flussi Ministeriali SIND e quelli destinati alla stesura del report regionale dell'Osservatorio Regionale per le dipendenze.

I Servizi per le dipendenze hanno continuato a collaborare con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze confrontandosi in incontri mensili su tematiche sia di tipo organizzativo gestionale sia relativamente alle pratiche di presa in carico e trattamento degli utenti. Sono stati realizzati degli incontri ad hoc con l'obiettivo di confrontarsi sulle tematiche relative agli strumenti terapeutici riabilitativi e di reinserimento sociale (nello specifico borse lavoro, borse di studio e inserimenti in comunità terapeutiche), che hanno esitato in una bozza di linee guida condivise.

E' proseguita la sinergia ormai consolidata tra Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti delle Dipendenze nell'attuare i programmi di contrasto al fumo e all'abuso di alcool, proseguendo con le iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione). Sono stati adottati dei Regolamenti Aziendali sul divieto di fumo.

I Servizi per le dipendenze hanno realizzato, a livello regionale, un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction dal titolo "Gambling: nuovi bisogni dei pazienti nuove sfide per i medici. Il ruolo del medico di famiglia nell'intercettazione precoce". Il corso, rivolto principalmente ai MMG si è tenuto il 24 settembre 2016 presso l'Auditorium regionale di Udine.

Si sono infine concordate le procedure per la rilevazione degli indicatori di out come definiti l'anno precedente ed è stata redatta una relazione con gli esiti di tale rilevazione. Tutti i risultati attesi sono stati raggiunti.

Sanità penitenziaria

Le Aziende, attraverso i propri referenti per la sanità penitenziaria, coerentemente con le indicazioni regionali, hanno partecipato ai lavori dell'Osservatorio regionale per la stesura del Protocollo regionale relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ed indicazioni per la definizione dei protocolli locali. Detto protocollo è stato approvato con deliberazione giunta n. 716 del 28 aprile 2016. Coerentemente con le indicazioni regionali le Aziende hanno predisposto i protocolli operativi locali. Sempre nell'ambito dei lavori dell'Osservatorio sono stati avviati due gruppi di lavoro che riguardano gli argomenti della trattazione della documentazione sanitaria, nell'ambito dei percorsi assistenziali per la popolazione detenuta e un gruppo di lavoro per l'approfondimento delle procedure relative all'assistenza sanitaria nel caso di persone con misure alternative.

Salute mentale

E' stato istituito un gruppo di tecnico per la redazione del Piano di settore che riguarda l'età adulta e l'età evolutiva. I professionisti delle Aziende hanno partecipato al tavolo. Il Piano darà indicazioni, tra l'altro, per quanto riguarda l'organizzazione della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.

Le Aziende hanno provveduto al contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali (ASUIUD obiettivo stralciato).

Le Aziende stanno provvedendo al potenziamento dei servizi di riabilitazione psichiatrica attraverso l'aumento del numero degli educatori professionali. ASUIUD ha provveduto a predisporre una proposta di revisione della dotazione organica dei servizi di riabilitazione psichiatrica.

Permane il problema di debito informativo di ASUIUD che è esclusa dai dati di attività dei DSM dal portale regionale in quanto utilizza un apposito gestionale.

Le Aziende hanno sviluppato progettualità nell'ambito dell'assistenza nel settore delle demenze, anche con la presenza di un accesso distrettuale rivolto all'anziano.

Per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare nel corso del 2016 si sono sviluppati i lavori per la definizione del Percorso diagnostico assistenziale specifico, cui hanno partecipato professionisti operanti nel campo dei DCA in rappresentanza di tutte le Aziende.

Nell'ambito dell'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) non sono state date alle Aziende, a livello regionale, indicazioni operative.

Ospedali psichiatrici giudiziari

Nel corso del 2016 la Direzione ha partecipato agli incontri nazionali dell'Organismo tecnico per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG, portando lo stato dell'arte del programma a livello regionale.

Le Aziende sul cui territorio è ubicata la REMS hanno provveduto alla gestione delle persone residenti sul territorio regionale cui è disposta la misura dell'internamento, attraverso una programmazione transitoria delle strutture, in coerenza con la DGR 622/2015. Le Aziende non sede di rems hanno provveduto alla presa in carico delle persone internate o a rischio di internamento residenti nel proprio territorio, collaborando con gli operatori delle rems.

Nel corso del 2016 è stato effettuato un percorso regionale di monitoraggio del programma regionale di superamento degli OPG, cui è stato chiamato a partecipare il personale coinvolto nella gestione delle strutture regionali e, più in generale, nei progetti di fronteggiamento della deriva di internamento. Sono stati organizzati due incontri a livello regionale dove è stato delineato lo stato dell'arte della funzione a livello regionale.

Diabete

A seguito della DGR 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica. Nel corso del 2016 le Aziende hanno applicato le raccomandazioni regionali e hanno avviato la costruzione di una rete clinico assistenziale sulle problematiche connesse alla patologia diabetica. È stato concretamente avviato il programma di medicina di iniziativa con la Medicina generale secondo quanto previsto nell'AIR 2016-2018 (DGR 39/2016), ottenendo un significativo miglioramento degli indicatori di performance. Nel corso del 2016 è stato svolto il programma di formazione dei formatori a livello regionale finalizzato all'applicazione del Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete (DGR 1676/2015).

Percorso nascita e materno infantile

Con l'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, recepito con DGR 1083/2012 è stata prevista l'istituzione in ogni regione di un Comitato percorso nascita con funzioni di monitoraggio

dell'attuazione delle linee di indirizzo ministeriali su promozione e miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Nel corso del 2016 sono continuate le attività del Comitato percorso nascita regionale, ai cui lavori hanno contribuito i professionisti individuati in rappresentanza di tutte le Aziende sanitarie. Tra le varie attività il Comitato ha lavorato su argomenti quali gli screening neonatali, l' induzione al parto e l'organizzazione del trasporto in emergenza perinatale.

La Regione con DGR 74/2016 ha esteso l'offerta di screening neonatale ad un pannello di malattie metaboliche e il programma regionale è stato attivato in tutti i punti nascita a partire dal 2016.

Con decreto 1733/2016 del Direttore di Area assistenza ospedaliera è stata formalizzata l'organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di trasporto in emergenza neonatale e Servizio di Trasporto assistito materno.

Autismo

Sono conclusi i lavori del Gruppo tecnico che hanno portato all'elaborazione di una proposta di "Linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva". Il documento è stato inviato alla Consulta regionale delle Associazioni di persone disabili e delle loro famiglie per l'acquisizione del parere di cui alla legge regionale 41/1996.

Consultori familiari

E' stata effettuata a livello regionale un'indagine conoscitiva sulle attività dei consultori familiari. La ricognizione ha riguardato sia aspetti organizzativi che dati di attività. Tutte le Aziende hanno collaborato all'iniziativa.

Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale

Riguardo alle attività di collaborazione internazionale nel settore sanitario e sociosanitario le risultanze dell'anno 2016 forniscono un quadro abbastanza negativo riguardo all'implementazione di iniziative / proèposte progettuali a valere sui Programmi europei o di cooperazione internazionale. A fronte delle Aziende della provincia di Trieste, particolarmente attive, e dell'AAS2, risultano non raggiunti gli obiettivi da parte delle restanti aziende.

1.2.4 ASSISTENZA OSPEDALIERA

Insufficienze d'organo e trapianto:

Con dgr 594/2014 è stata attivata la Rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. Il documento prevede la realizzazione di specifiche filiere suddivise per organo e stabilisce che debbano essere definiti protocolli diagnostico terapeutici che assicurino al paziente il trattamento migliore e la continuità dell'assistenza per le diverse tipologie di insufficienza d'organo, in particolare cuore, fegato, pancreas, polmone e rene.

Cuore: le aziende hanno partecipato al tavolo tecnico coordinato dalla Direzione Centrale della Salute ed è stato prodotto il "Consensus sullo Scompensamento Cardiaco", mentre non ha affrontato compiutamente il percorso assistenziale a valenza regionale relativo ai pazienti trapiantati

Rene: a seguito della formalizzazione della filiera rene, sono stati nel 2016 definiti il "Percorso Assistenziale del paziente candidato al trapianto renale" e il "Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQI-KDIGO" attraverso i quali vengono fornite indicazioni condivise degli interventi previsti per i diversi setting, finalizzati alla riduzione della variabilità dei trattamenti e al miglioramento della qualità dell'assistenza e della presa in carico del paziente affetto da malattia renale.

Il presidio di Palmanova-Latisana ha ottenuto l'accreditamento per lo svolgimento della dialisi peritoneale.

Piano sangue regionale

Nel 2016, le Aziende del Sistema sanitario regionale hanno contribuito all'autosufficienza, sia per la raccolta di sangue territoriale, secondo il calendario concordato con il Coordinamento regionale trasfusionale e le Associazioni e Federazioni di Volontariato del sangue, sia per la raccolta di plasma da destinare al frazionamento industriale. E' stata garantita la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale.

Sono proseguiti i programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale ai quali le aziende hanno partecipato alimentando il flusso informativo che prevede la registrazione degli eventi avversi alla trasfusione e che ha dato luogo ai report previsti.

Nel corso dell'anno è stata avviata l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze anziani per non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati, con l'obiettivo di ridurre la percentuale di anziani non autosufficienti, che accedono ai servizi trasfusionali.

Le aziende hanno partecipato alle attività al rinnovo dell'accreditamento delle strutture trasfusionali regionali secondo le previsioni di cui alla DGR 2528/2011.

Tempi di attesa

Sono proseguite le azioni intraprese dalla dgr 2034 del 16.10.2015 "Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa nella regione Friuli Venezia Giulia", con la quale sono state disciplinate le modalità organizzative, omogenee sul territorio regionale, del sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi compresi gli aspetti relativi a garanzie di rispetto dei tempi di attesa, prestazioni oggetto di monitoraggio, modalità di effettuazione del monitoraggio.

Le aziende nel 2016 sono state impegnate a garantire i tempi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri per interventi chirurgici programmati secondo i criteri di priorità definiti dal prescrittore. Hanno inoltre dovuto assicurare adeguati livelli di monitoraggio sul rapporto tra attività istituzionale e libero professionale.

Il controllo sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, a partire dal 2015 è stata effettuato utilizzando un diverso modello di calcolo, che ha permesso di giungere ad una rappresentazione più realistica e funzionale di tale fenomeno. Nel 2016 il nuovo modello è stato anche esteso agli interventi chirurgici programmati.

Le aziende hanno dovuto strutturare le proprie agende delle prestazioni ambulatoriali al fine di consentire la prenotazione online del cittadino secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale.

Erogazione dei livelli di assistenza

Nel 2016 è stata mantenuta l'attenzione verso i livelli essenziali di assistenza. L'azione delle aziende è stata orientata a assicurare le prestazioni e i servizi che il servizio sanitario deve garantire ai propri e ad effettuare una riconversione delle proprie attività, diminuendo il numero di prestazioni erogate con minor richiesta (o inappropriate) ed aumentando il numero di quelle maggiormente richieste (o più appropriate).

Premesso che devono prioritariamente mantenute le prestazioni urgenti ed indifferibili, nonché quelle che riguardano le attività di prevenzione ed assistenza primaria, nel 2016 sono stati individuati dalla programmazione regionale diversi indicatori di monitoraggio dell'attività sanitaria.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero ospedaliero alle aziende nel 2016 sono stati assegnati gli obiettivi di riduzione di:

- Ricoveri ordinari medici brevi;
- Ricoveri in Day hospital di tipo diagnostico sia per l'età adulta che per l'età pediatrica;
- Ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni;
- Degenza media pre-operatoria per interventi programmati;
- Pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa categoria diagnostica in una struttura regionale.

Rischio clinico

In continuità con le progettualità avviate negli anni scorsi, le attività del 2016 sono state caratterizzate dalla messa a regime delle indicazioni e raccomandazione sviluppate nei diversi campi, dalla loro misurazione nonché dalla verifica (anche attraverso visite) sulla loro adozione dei diversi contesti.

Gli argomenti che sono stati particolarmente enfatizzati nel corso dell'anno sono stati quello della sicurezza del farmaco, delle misure di "antimicrobial stewardship" e dell'empowerment del cittadino.

1.2.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel corso del 2016 gli Enti del SSR hanno dato attuazione alle attività loro assegnate anche se per alcuni ambiti si rilevano possibilità di significativo miglioramento. Infatti, rispetto ai vincoli fissati dalle linee per la gestione 2016 per farmaceutica convenzionata + DPC e per la distribuzione diretta, rispettivamente pari a euro 150 ed euro 41,70, si evidenziano scostamenti dai tetti da parte di tutte le aziende, che al 31.12.2016 si posizionano al di sopra del tetto. In tale ambito risulta quindi necessaria l'adozione di azioni più incisive volte ad una maggior razionalizzazione della spesa secondo i principi di efficacia ed efficienza. Per quanto attiene la farmaceutica ospedaliera, invece, 4 aziende su 7 (ASUI-TS, AAS2, AAS3, Burlo) rispettano il vincolo fissato dalla programmazione regionale. Si rappresenta comunque che, sull'andamento della spesa ospedaliera incide in modo rilevante la maggiore attrazione che alcune aziende hanno rispetto ad altre, sia sul versante interregionale che extraregionale.

In sintesi durante il 2016, le Aziende hanno sviluppato le progettualità previste al fine di assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni, favorendo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia ovvero privilegiando l'impiego dei medicinali a brevetto scaduto, dei bio-similari e

dei medicinali acquistati centralmente dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS). A tal riguardo tutte le Aziende hanno segnalato un potenziamento delle attività di monitoraggio e dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo *setting* di utilizzo, anche attraverso l'individuazione di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero) correlati ad indicatori di risultato predefiniti.

Sul versante della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS), si rileva un raggiungimento del target nazionale di riferimento in media per 3-4 categorie tra le 9 individuate, ad indicare la necessità di azioni specifiche volte al miglioramento da parte di tutte le Aziende.

Le prescrizioni di 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 bio-simile risultano in aumento rispetto al 2015 in quasi tutte le aziende con una distribuzione disomogenea in termini di incidenza. Permangono quindi possibilità di ulteriore incentivazione. Al riguardo si sottolinea comunque che per quanto attiene alle modalità di prescrizione/erogazione/sostituzione di tali medicinali gli Enti del SSR devono fare riferimento alla normativa di settore così come modificata dalla legge n. 232/2016 (art. 1, comma 407).

Per quanto riguarda la distribuzione diretta, nel ribadire l'importanza di effettuare l'erogazione del primo ciclo di terapia in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, tutte le Aziende, hanno dato continuità all'attività nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare. Qualche disomogeneità è stata riscontrata nell'implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito del rischio clinico in merito alla riconciliazione terapeutica nelle residenze protette. Le attività di monitoraggio e di verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa, anche secondo quanto già definito nelle linee di gestione, sono state attuate in tutte le aziende, mentre si rilevano disomogeneità in merito all'attivazione/implementazione di modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie), anche con riferimento agli ausili per diabetici.

Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni informatizzate personalizzate con iter elettronico tramite PSM delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale evidenzia ancora disomogeneità tra aziende, in particolare in quelle dove l'applicativo PSM è in uso da minor tempo, con valori che si assestano al di sotto del 80% fissato come target, in 2 aziende su 6 (AAS2 e Burlo). L'avvio della prescrizione informatizzata dei piani terapeutici è stata attuata, invece, da parte di tutte le aziende, che hanno abilitato le strutture operative all'utilizzo dell'applicativo, dando anche avvio alla prescrizione informatizzata, seppur in modo disomogeneo. Tale attività necessita di ulteriore implementazione anche attraverso una specifica sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento.

Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio e controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali sulla spesa e consumi farmaceutici (ospedalieri -distribuzione diretta – DPC), per il 2016 si rileva un grado di copertura della fase 3 su fase 2 in media pari al 99,4%. Anche l'inserimento del codice targatura in fase di erogazione, che copre il 100% delle confezioni in DPC, ha registrato un aumento significativo anche per la distribuzione diretta. Si sottolinea, comunque,

che a seguito dell'analisi richiesta dal Ministero della Salute di concerto con il MEF relativa in particolare all'anno 2016, sono stati rilevati in alcune aziende disallineamenti nei flussi inviati soprattutto per problematiche relative al mancato invio di dati di spesa per la gestione non corretta delle anagrafiche (es. radiofarmaci, sacche di dialisi, diluizione oncologici, prodotti per preparazioni parenterali). Si ribadisce pertanto l'importanza dei controlli sistematici da parte dei responsabili per la tematica, utilizzando la reportistica a disposizione, con particolare riferimento anche agli eventuali mancati invii, al fine di un corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa da parte degli organismi centrali.

Relativamente alla cartella oncologica, rispetto agli anni precedenti, l'attività ha registrato una diminuzione in alcune aziende, dove il grado di completezza definito dalla programmazione regionale (> 95% dei pazienti) non raggiunge il target fissato.

Per i medicinali sottoposti a registro di monitoraggio AIFA tutte le Aziende hanno messo in atto azioni e percorsi per garantire la registrazione di tutti i pazienti sulla piattaforma AIFA dedicata, al fine di assicurare l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero dei rimborsi (risk-cost sharing, paymant by result). Nel corso del 2016, sono stati rimborsati sottoforma di note di accredito oltre 12 mln per farmaci dell'epatite C (in parte riferiti a consumi del 2015) e circa 3.3 mln per altri farmaci. L'erogazione di tali medicinali deve pertanto avvenire solo a fronte della registrazione su piattaforma

In merito alla farmacovigilanza tutte le aziende hanno sviluppato le attività promosse a livello aziendale e assicurato la partecipazione alle iniziative regionali.

1.2.6 SISTEMI INFORMATIVI

Per quanto riguarda i **sistemi informativi**, nel 2016, c'è stata un'ulteriore evoluzione dei servizi on line prioritari per il cittadino (estensione del servizio referti on line, pagamento on line per le prestazioni, prenotazione on line delle prestazioni ambulatoriali, consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate indicando la prima data utile, tempi di accesso al pronto soccorso per codice triage). Sono proseguiti 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.

In tema di firma digitale, è stata mantenuta l'attenzione verso il suo utilizzo e sono state fissate le percentuali minime di refertazione con firma digitale rispetto al numero complessivo dei referti nelle strutture dove viene utilizzato il G2 clinico, il Laboratorio e microbiologia, l'Anatomia patologica e la Radiologia.

2. ATTIVITA' DEL PERIODO

2.1 ASSISTENZA OSPEDALIERA

2.1.1. POSTI LETTO

TAB. 1. POSTI LETTO

COMPLESSIVI

Azienda	Ospedale	01/01/2016			31/12/2016			Variazione	Variazione %
		Day Hospital	Degenza ordinaria	Totale Posti letto	Day Hospital	Degenza ordinaria	Totale Posti letto		
ASUITS	Trieste	77	702	779	78	680	758	-21	-2,70
AAS2	Gorizia	24	163	187	16	161	177	-10	-5,35
	Monfalcone	20	186	206	19	182	201	-5	-2,43
	Latisana	17	136	153	10	132	142	-11	-7,19
	Palmanova	12	160	172	12	159	171	-1	-0,58
	Gemona	8	80	88	11		11	-77	-87,50
AAS3	San Daniele	11	163	174	10	156	166	-8	-4,60
	Tolmezzo	9	180	189	9	171	180	-9	-4,76
	IMFR Gervasutta	4	102	106	4	93	97	-9	-8,49
ASUIUD	Udine	147	907	1.054	114	925	1.039	-15	-1,42
AAS5	Pordenone	49	494	543	33	435	468	-75	-13,81
	San Vito e Spilimbergo	26	226	252	18	207	225	-27	-10,71
BURLO	Burlo	30	151	181	25	136	161	-20	-11,05
CRO	CRO	41	98	139	32	98	130	-9	-6,47
Totale FVG		475	3.748	4.223	391	3.535	3.926	-297	-7,03

ACUTI

Azienda	Ospedale	01/01/2016			31/12/2016			Variazione	Variazione %
		Day Hospital	Degenza ordinaria	Totale Posti letto	Day Hospital	Degenza ordinaria	Totale Posti letto		
ASUITS	Trieste	75	662	737	76	640	716	-21	-2,85
AAS2	Gorizia	24	159	183	16	157	173	-10	-5,46
	Monfalcone	20	178	198	19	158	177	-21	-10,61
	Latisana	17	124	141	10	122	132	-9	-6,38
	Palmanova	10	146	156	10	145	155	-1	-0,64
	Gemona	8	74	82	11	0	11	-71	-86,59
AAS3	San Daniele	11	147	158	10	156	166	8	5,06
	Tolmezzo	9	180	189	9	171	180	-9	-4,76
	IMFR Gervasutta	4	-	4	4	-	4	0	0,00
ASUIUD	Udine	146	846	992	113	863	976	-16	-1,61
AAS5	Pordenone	49	445	494	33	405	438	-56	-11,34
	San Vito e Spilimbergo	25	216	241	18	197	215	-26	-10,79
BURLO	Burlo	30	151	181	25	136	161	-20	-11,05
CRO	CRO	41	98	139	32	98	130	-9	-6,47
Totale Acuti FVG		469	3.426	3.895	386	3.248	3.634	-261	-6,70

NON ACUTI

Azienda	Ospedale	01/01/2016			31/12/2016			Variazione	Variazione %
		Day Hospital	Degenza ordinaria	Totale Posti letto	Day Hospital	Degenza ordinaria	Totale Posti letto		
ASUITS	Trieste	2	40	42	2	40	42	0	0,00
AAS2	Gorizia		4	4		4	4	0	0,00
	Monfalcone		8	8		24	24	16	200,00
	Latisana		12	12		10	10	-2	-16,67
	Palmanova	2	14	16	2	14	16	0	0,00
AAS3	Gemona		6	6			-	-6	-100,00
	San Daniele		16	16			-	-16	-100,00
	Tolmezzo			-				0	
ASUIUD	IMFR Gervasutta		102	102		93	93	-9	-8,82
	Udine	1	61	62	1	62	63	1	1,61
AAS5	Pordenone		49	49		30	30	-19	-38,78
	San Vito e Spilimbergo	1	10	11		10	10	-1	-9,09
BURLO	Burlo								
CRO	CRO								
Totale Non Acuti FVG		6	322	328	5	287	292	-36	-10,98

Discipline 28 (unità spinale); 40 (psichiatria); 56 (recupero e riabilitazione funzionale); 60 (lungodegenti); 75 (neuro-riabilitazione)

2.1.2. PRONTO SOCCORSO

TAB. 2. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Struttura		Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	%
HUB	Cattinara	44.573	48.518	8,9%
	Udine Pediatrico	16.749	17.084	2,0%
	Udine	56.333	59.824	6,2%
	Pordenone	50.629	51.425	1,6%
	Burlo Garofolo	21.990	23.063	4,9%
	Totale HUB	190.274	199.914	5,1%
SPOKE	Gorizia	20.131	20.254	0,6%
	Latisana	27.762	25.764	-7,2%
	Monfalcone	30.022	31.770	5,8%
	Palmanova	29.311	29.813	1,7%
	San Daniele	28.468	28.700	0,8%
	Tolmezzo	19.117	20.877	9,2%
	Pordenone Pediatrico	15.575	16.081	3,2%
	San Vito	22.715	23.433	3,2%
	Spilimbergo	11.283	11.097	-1,6%
Totale SPOKE	204.384	207.789	1,7%	
PPI	Maggiore	24.588	25.656	4,3%
	Grado	3.112	4.016	29,0%
	Lignano	3.329	3.766	13,1%
	Gemona	12.261	9.223	-24,8%
	Cividale	10.925	10.370	-5,1%
	Maniago	3.301	3.155	-4,4%
	Sacile	6.932	6.866	-1,0%
	Totale PPI	64.448	63.052	-2,2%
Totale FVG	459.106	470.755	2,5%	

TAB. 3. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO PER CODICE TRIAGE DI INGRESSO

Struttura		Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Totale
HUB	Cattinara	10.263	23.472	13.475	1.303	48.513
	Udine Pediatrico	1.894	13.667	1.468	55	17.084
	Udine	12.198	30.335	15.779	1.491	59.803
	Pordenone	14.203	24.448	11.679	1.088	51.418
	Burlo Garofolo	7.398	13.883	1.732	50	23.063
	Totale HUB	45.956	105.805	44.133	3.987	199.881
SPOKE	Gorizia	5.634	10.478	3.866	274	20.252
	Latisana	10.498	11.720	3.243	302	25.763
	Monfalcone	9.665	17.485	4.398	221	31.769
	Palmanova	11.013	13.392	5.084	323	29.812
	San Daniele	15.448	9.375	3.628	249	28.700
	Tolmezzo	8.417	9.456	2.792	209	20.874
	Pordenone Pediatrico	3.543	11.402	1.098	36	16.079
	San Vito	8.878	11.431	2.943	181	23.433
	Spilimbergo	4.894	4.535	1.514	151	11.094
	Totale SPOKE	77.990	99.274	28.566	1.946	207.776
PPI	Maggiore	15.855	8.881	903	17	25.656
	Grado	2.710	1.189	107	10	4.016
	Lignano	1.930	1.423	392	21	3.766
	Gemona	4.300	3.937	944	42	9.223
	Cividale	3.751	5.113	1.389	116	10.369
	Maniago	2.123	868	157	7	3.155
	Sacile	3.570	2.603	653	40	6.866
	Totale PPI	34.239	24.014	4.545	253	63.051
Totale FVG	158.185	229.093	77.244	6.186	470.708	

TAB. 4. ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO CON ESITO RICOVERO

Azienda		Bianco			Verde			Giallo			Rosso		
		totale accessi	di cui ricoverati	%	totale accessi	di cui ricoverati	%	totale accessi	di cui ricoverati	%	totale accessi	di cui ricoverati	%
HUB	Cattinara	10.263	884	8,61	23.472	6.114	26,05	13.475	6.425	47,68	1.303	1.127	86,49
	Udine Pediatrico	1.894	6	0,32	13.667	278	2,03	1.468	226	15,40	55	22	40,00
	Udine	12.198	211	1,73	30.335	4.126	13,60	15.779	6.187	39,21	1.491	1.255	84,17
	Pordenone	14.203	157	1,11	24.448	2.971	12,15	11.679	4.499	38,52	1.088	926	85,11
	Burlo Garofolo	7.398	79	1,07	13.883	298	2,15	1.732	274	15,82	50	29	58,00
Totale HUB		45.956	1.337	2,91	105.805	13.787	13,03	44.133	17.611	39,90	3.987	3.359	84,25
SPOKE	Gorizia	5.634	111	1,97	10.478	1.479	14,12	3.866	1.130	29,23	274	190	69,34
	Latisana	10.498	277	2,64	11.720	1.124	9,59	3.243	786	24,24	302	208	68,87
	Monfalcone	9.665	134	1,39	17.485	1.541	8,81	4.398	1.095	24,90	221	112	50,68
	Palmanova	11.013	341	3,10	13.392	1.613	12,04	5.084	1.180	23,21	323	212	65,63
	San Daniele	15.448	583	3,77	9.375	1.492	15,91	3.628	715	19,71	249	169	67,87
	Tolmezzo	8.417	427	5,07	9.456	1.471	15,56	2.792	780	27,94	209	134	64,11
	Pordenone Pediatrico	3.543	35	0,99	11.402	345	3,03	1.098	154	14,03	36	14	38,89
	San Vito	8.878	186	2,10	11.431	1.158	10,13	2.943	705	23,96	181	116	64,09
	Spilimbergo	4.894	262	5,35	4.535	892	19,67	1.514	501	33,09	151	91	60,26
Totale SPOKE		77.990	2.356	3,02	99.274	11.115	11,20	28.566	7.046	24,67	1.946	1.246	64,03
PPI	Maggiore	15.855	127	0,80	8.881	613	6,90	903	201	22,26	17	7	41,18
	Grado	2.710		0,00	1.189		0,00	107		0,00	10		0,00
	Lignano	1.930	9	0,47	1.423	45	3,16	392	39	9,95	21	8	38,10
	Gemona	4.300	95	2,21	3.937	211	5,36	944	103	10,91	42	9	21,43
	Cividale	3.751	100	2,67	5.113	612	11,97	1.389	424	30,53	116	89	76,72
	Maniago	2.123	8	0,38	868	47	5,41	157	31	19,75	7	1	14,29
	Sacile	3.570	48	1,34	2.603	266	10,22	653	202	30,93	40	35	87,50
Totale PPI		34.239	387	1,13	24.014	1.794	7,47	4.545	1.000	22,00	253	149	58,89
Totale FVG		158.185	4.080	2,58	229.093	26.696	11,65	77.244	25.657	33,22	6.186	4.754	76,85

TAB. 5. TEMPI DI ATTESA ALLA VISITA PER CODICE TRIAGE

Struttura		Bianco	Verde	Giallo	Rosso
HUB	Cattinara	121	133	25	5
	Udine Pediatrico	43	39	12	8
	Udine	88	69	16	2
	Pordenone	115	97	35	4
	Burlo Garofolo	49	40	10	10
SPOKE	Gorizia	104	91	28	6
	Latisana	49	33	10	4
	Monfalcone	105	113	34	10
	Palmanova	67	42	11	3
	San Daniele	54	34	13	7
	Tolmezzo	51	34	15	8
	Pordenone Pediatrico	65	60	19	17
	San Vito	83	48	12	5
Spilimbergo	52	38	16	7	
PPI	Maggiore	115	74	14	5
	Grado	2	3	6	4
	Lignano	37	23	7	2
	Gemona	34	23	11	4
	Cividale	44	31	10	4
	Maniago	11	10	6	6
	Sacile	23	17	11	7
Totale FVG		62	50	15	6

TAB. 6. TEMPI DI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO PER TRIAGE DI INGRESSO CON CODICE VERDE

OBIETTIVO REGIONALE: RIDURRE L'ATTESA DEI CODICI VERDI PORTANDOLA ENTRO 1H IN ALMENO NELL'80% (SPOKE) E 65% (HUB) DEI CASI

Struttura		Accessi con attesa entro 1h	Accessi codice verde	%
HUB	Cattinara	9.037	23.069	39,17
	Udine pediatrico	10.583	13.667	77,43
	Udine	17.222	29.217	58,95
	Pordenone	7.756	18.163	42,70
	Burlo	10.733	13.835	77,58
SPOKE	Gorizia	5.714	10.478	54,53
	Latisana	9.539	11.720	81,39
	Monfalcone	8.060	17.485	46,10
	Palmanova	10.108	13.382	75,53
	San Daniele	7.486	9.139	81,91
	Tolmezzo	7.855	9.456	83,07
	Pordenone pediatrico	6.938	11.392	60,90
	San Vito	8.273	11.430	72,38
	Spilimbergo	3.595	4.535	79,27

TAB. 7. PAZIENTI CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA <= 4 ORE

OBIETTIVO REGIONALE: AUMENTARE LA PERCENTUALE DI PAZIENTI NON INVIATI AL RICOVERO CHE PERMANGONO AL PRONTO SOCCORSO MENO DI 4 ORE PORTANDOLA A >= 85% (SPOKE) E 75% (HUB) DEI CASI

Struttura		numeratore	denominatore	%
HUB	Cattinara	6.080	15.735	38,64
	Udine Pediatrico	11.605	12.489	92,92
	Udine	13.013	19.022	68,41
	Pordenone	15.296	20.446	74,81
	Burlo	12.889	13.372	96,39
SPOKE	Gorizia	5.345	8.219	65,03
	Latisana	9.123	10.088	90,43
	Monfalcone	9.489	15.019	63,18
	Palmanova	8.896	10.276	86,57
	San Daniele	5.970	7.011	85,15
	Tolmezzo	5.983	6.880	86,96
	Pordenone Pediatrico	10.081	10.815	93,21
	San Vito	7.525	9.612	78,29
	Spilimbergo	2.372	3.315	71,55

2.1.3. RICOVERI

TAB. 8. DIMISSIONI PER RESIDENZA DA STRUTTURE SANITARIE DEL FVG

Azienda	Gen-Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %
ASUI TRIESTE	35.708	36.038	0,9%
AAS 2	33.988	33.903	-0,3%
AAS 3	23.858	23.094	-3,2%
ASUI UDINE	34.275	33.440	-2,4%
AAS 5	41.043	39.834	-2,9%
Totale FVG	168.872	166.309	-1,5%
Residenti EXTRA REGIONE	20.863	21.214	1,7%
Totale EROGATO FVG	189.735	187.523	-1,2%

TAB. 9. DIMISSIONI DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE FVG PER AZIENDA DI DIMISSIONE

Azienda	Gen-Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %
ASUI TRIESTE	26.115	27.240	4,3%
AAS 2	29.700	28.597	-3,7%
AAS 3	19.486	18.831	-3,4%
ASUI UDINE	41.440	41.372	-0,2%
AAS 5	35.882	35.237	-1,8%
BURLO	11.537	10.464	-9,3%
CRO	6.820	6.923	1,5%
CDC CITTA' DI UDINE	3.677	3.759	2,2%
CDC SANATORIO TRIESTINO	1.982	2.080	4,9%
CDC PINETA DEL CARSO	1.467	1.433	-2,3%
CDC SALUS	2.805	2.993	6,7%
CDC SAN GIORGIO	8.465	8.594	1,5%
LA NOSTRA FAMIGLIA	359		
Totale FVG	189.735	187.523	-1,2%

TAB. 10. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

Azienda	Gennaio - Dicembre		Variazione %	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
	2015	2016			
ASUI TRIESTE	35.637	35.976	0,95	153,1	134,3
AAS 2	33.726	33.614	-0,33	133,6	124,3
AAS 3	23.347	22.442	-3,88	132,2	123,1
ASUI UDINE	34.574	33.787	-2,28	133,9	126,0
AAS 5	42.666	41.328	-3,14	132,1	128,0
Totale FVG	169.950	167.147	-1,65	136,86	127,50

TAB. 11. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG

REGIME DI RICOVERO

Regime ricovero	DIMESSI		
	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	Diff %
Ricoveri Ordinari	147.498	147.071	-0,3%
Ricoveri Day Hospital	42.237	40.452	-4,2%
Totale FVG	189.735	187.523	-1,2%

GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI

Regime ricovero	GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI		
	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	Diff %
Ricoveri Ordinari	1.131.302	1.105.740	-2,3%
Ricoveri Day Hospital	151.969	150.424	-1,0%
Totale FVG	1.283.271	1.256.164	-2,1%

TAB. 12. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG PER AZIENDA

REGIME DI RICOVERO

Azienda	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Day Hospital		
	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	Diff %	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	Diff %
ASUI TRIESTE	23.381	24.504	4,8%	2.734	2.736	0,1%
AAS 2	23.892	23.268	-2,6%	5.808	5.329	-8,2%
AAS 3	16.312	15.277	-6,3%	3.174	3.554	12,0%
ASUI UDINE	31.066	30.945	-0,4%	10.374	10.427	0,5%
AAS 5	30.322	30.275	-0,2%	5.560	4.962	-10,8%
BURLO	7.241	7.368	1,8%	4.296	3.096	-27,9%
CRO	4.013	4.140	3,2%	2.807	2.783	-0,9%
CDC CITTA' DI UDINE	1.944	1.874	-3,6%	1.733	1.885	8,8%
CDC SANATORIO TRIESTINO	1.230	1.319	7,2%	752	761	1,2%
CDC PINETA DEL CARSO	1.467	1.433	-2,3%			
CDC SALUS	1.943	1.949	0,3%	862	1.044	21,1%
CDC S. GIORGIO	4.687	4.719	0,7%	3.778	3.875	2,6%
LA NOSTRA FAMIGLIA				359		
Totale FVG	147.498	147.071	-0,3%	42.237	40.452	-4,2%

GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI

Azienda	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Day Hospital		
	Gen - Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %	Gen - Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %
ASUI TRIESTE	219.887	212.778	-3,2%	12.846	11.927	-7,2%
AAS 2	174.517	175.195	0,4%	8.567	7.865	-8,2%
AAS 3	115.831	104.602	-9,7%	4.711	4.924	4,5%
ASUI UDINE	298.170	299.251	0,4%	73.892	76.844	4,0%
AAS 5	186.607	180.934	-3,0%	14.561	13.479	-7,4%
BURLO	31.751	30.542	-3,8%	6.721	4.985	-25,8%
CRO	24.012	24.042	0,1%	20.194	21.082	4,4%
CDC CITTA' DI UDINE	10.016	9.268	-7,5%	2.256	2.189	-3,0%
CDC SANATORIO TRIESTINO	5.130	6.415	25,0%	754	763	1,2%
CDC PINETA DEL CARSO	30.534	30.183	-1,1%			
CDC SALUS	7.780	7.377	-5,2%	880	1.092	24,1%
CDC S. GIORGIO	27.067	25.153	-7,1%	5.007	5.274	5,3%
LA NOSTRA FAMIGLIA				1.580		
Totale FVG	1.131.302	1.105.740	-2,3%	151.969	150.424	-1,0%

TAB. 13. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG PER DRG

Tipo DRG	Gen - Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %
DRG CHIRURGICO	84.181	83.252	-1,1%
DRG MEDICO	96.322	94.790	-1,6%
DRG NEONATO	8.632	8.785	1,8%
DRG MALDEFINITO	600	696	16,0%
Totale FVG	189.735	187.523	-1,2%

TAB. 14. ATTIVITÀ DI RICOVERO PER I PRIMI 10 DRG ANNO 2016

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %
391	NEONATO NORMALE	6.906	6.919	0,2%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	6.099	6.240	2,3%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.715	4.776	1,3%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.752	4.761	0,2%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.401	4.458	1,3%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	4.119	4.072	-1,1%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.813	3.560	-6,6%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.772	2.890	4,3%
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	3.077	3.156	2,6%
089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.729	2.598	-4,8%
TOTALE FVG (primi 10 dgr)		43.383	43.430	0,1%
TOTALE FVG (dgr complessivi)		189.735	187.523	-1,2%

DRG MEDICI

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %
391	NEONATO NORMALE	6.906	6.919	0,2%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	6.099	6.240	2,3%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.715	4.761	1,0%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	4.119	4.072	-1,1%
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2.772	3.156	13,9%
089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.729	2.598	-4,8%
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	2.296	2.342	2,0%
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	1.711	1.772	3,6%
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	1.617	1.449	-10,4%
316	INSUFFICIENZA RENALE	1.558	1.445	-7,3%
TOTALE FVG (primi 10 dgr)		34.522	34.754	0,7%
TOTALE FVG (dgr complessivi)		104.954	103.575	-1,3%

DRG CHIRURGICI

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2015	Gen - Dic 2016	Diff %
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.752	4.776	0,5%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.401	4.458	1,3%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.813	3.560	-6,6%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	3.077	2.890	-6,1%
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.498	2.577	3,2%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.993	1.988	-0,3%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	2.040	1.810	-11,3%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1.735	1.922	10,8%
225	INTERVENTI SUL PIEDE	1.744	1.709	-2,0%
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	1.708	1.655	-3,1%
TOTALE FVG (primi 10 dgr)		27.761	27.345	-1,5%
TOTALE FVG (dgr complessivi)		84.181	83.252	-1,1%

TAB. 15. INDICATORI DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

RICOVERI ORDINARI

Azienda	% occupazione media	degenza media	indice di rotazione	indice di turnover	posti letto (media)	presenza media gg.
ASUITS	83	9,5	31	2,0	993	827,1
AAS 2	75	7,4	36	2,5	640	478,4
AAS 3	78	6,7	42	1,9	365	285,3
ASUIUD	83	9,5	31	2,0	993	827,1
AAS 5	73	5,9	45	2,2	677	493,8
I.R.C.C.S. BURLO	72	4,2	62	1,6	118	85,8
I.R.C.C.S. CRO	67	5,8	42	2,9	98	65,8
CDC CITTA DI UDINE	32	4,9	24	10,5	79	25,3
CDC PINETA DEL CARSO	71	20,5	12	8,6	117	83,3
CDC S. GIORGIO	50	5,2	35	5,3	137	68,1
CDC SALUS	34	3,8	33	7,3	59	20,2
CDC SANATORIO TRIESTINO	20	4,8	15	19,3	88	17,7
TOTALE FVG	75	7,4	36	2,6	4.058	3.030,9

RICOVERI DAY HOSPITAL

Azienda	posti letto (media)	presenza media gg.	degenza media	% occupazione media	indice di turnover	indice di rotazione
ASUITS	78	38,0	4	48,7	5	35,1
AAS 2	62	25,1	1	40,2	2	85,6
AAS 3	29	16,1	1	54,9	1	122,0
ASUIUD	150	247,1	7	164,7	-3	70,5
AAS 5	68	42,9	3	62,8	2	72,6
I.R.C.C.S. BURLO	27	15,9	2	57,8	1	112,7
I.R.C.C.S. CRO	32	67,1	8	209,8	-4	87,0
CDC CITTA DI UDINE	20	7,0	1	34,9	2	94,3
CDC S. GIORGIO	33	16,8	1	50,9	1	117,4
CASA DI CURA - SALUS	15	3,5	1	23,2	3	69,6
CDC SANATORIO TRIESTINO	5	2,4	1	48,6	1	152,2
TOTALE FVG	526	482,1	4	91,6	0	77,2

TAB. 16. RICOVERI DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO

(OBIETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE DEL DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO PORTANDOLI A < 30% PER GLI ADULTI E < 50% PER I PEDIATRICI)

ADULTI

Azienda	Anno 2015			Anno 2016		
	DH DRG medico	DH DIAGNOSTICI con DGR medico	%	DH DRG medico	DH DIAGNOSTICI con DGR medico	%
ASUITS	1.536	585	38,09	1.495	440	29,43
GORIZIA	405	92	22,72	403	72	17,87
MONFALCONE	363	85	23,42	284	79	27,82
LATISANA	179	30	16,76	142	27	19,01
PALMANOVA	83	9	10,84	72	1	1,39
AAS2	1.030	216	20,97	901	179	19,87
GEMONA	143	40	27,97	134	14	10,45
SAN DANIELE	410	73	17,80	374	63	16,84
TOLMEZZO	171	65	38,01	143	41	28,67
AAS3	724	178	24,59	651	118	18,13
IMFR	26	2	7,69	21		0,00
CIVIDALE	55	1	1,82	49		0,00
UDINE	4.154	1.867	44,94	4.217	1.876	44,49
ASUI UD	4.235	1.870	44,16	4.287	1.876	43,76
PORDENONE	836	221	26,44	789	215	27,25
SACILE	27		0,00	5		0,00
SPIIMBERGO	101	49	48,51	49	17	34,69
S.VITO	218	21	9,63	193	8	4,15
AAS5	1.182	291	24,62	1.036	240	23,17
BURLO	715	545	76,22	438	226	51,60
CRO	183	5	2,73	130	4	3,08
CITTA' DI UDINE	66	14	21,21	52	14	26,92
SALUS	134	40	29,85	86	23	26,74
SANATORIO TRIESTINO	25		0,00	15	1	6,67
S. GIORGIO	350	4	1,14	426	8	1,88
TOTALE FVG	10.180	3.748	36,82	9.517	3.129	32,88

PEDIATRICI

Azienda	Anno 2015			Anno 2016		
	DH DRG medico	DH DIAGNOSTICI con DGR medico	%	DH DRG medico	DH DIAGNOSTICI con DGR medico	%
ASUITS	2	1	50,00	5	2	40,00
GORIZIA	5		0,00	-	-	
MONFALCONE	47	13	27,66	49	3	6,12
LATISANA	4	3	75,00	1		0,00
PALMANOVA	16	13	81,25	17	8	47,06
AAS2	72	29	40,28	67	11	16,42
GEMONA				2		0,00
SAN DANIELE	12	10	83,33	11	10	90,91
TOLMEZZO	43	11	25,58	26	6	23,08
AAS3	55	21	38,18	39	16	41,03
IMFR	41	-	0,00	47		0,00
UDINE	392	211	53,83	380	233	61,32
ASUI UD	433	211	48,73	427	233	54,57
PORDENONE	157	107	68,15	134	95	70,90
SPIILIMBERGO	3			1		
S.VITO	53	19	35,85	80	36	45,00
AAS5	213	126	59,15	215	131	60,93
BURLO	2.117	1.659	78,37	1.322	647	48,94
CRO	1	1	100,00	4		0,00
TOTALE FVG	2.893	2.048	70,79	2.079	1.040	50,02

TAB. 17. DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA

(OBIETTIVO REGIONALE: RIDURRE LA DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA PER INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI <= 0,9)

Azienda	Anno 2015			Anno 2016		
	Ricoveri	Degenza Preoperatoria (gg)	Degenza media preoperatoria	Ricoveri	Degenza Preoperatoria (gg)	Degenza media preoperatoria
ASUITS	3.432	3.549	1,03	3.230	3.003	0,93
GORIZIA	1.004	358	0,36	1.058	298	0,28
MONFALCONE	1.096	1.065	0,97	1.042	749	0,72
LATISANA	851	219	0,26	903	269	0,30
PALMANOVA	656	452	0,69	620	302	0,49
AAS2	3.607	2.094	0,58	3.623	1.618	0,45
GEMONA	139	31	0,22			
SAN DANIELE	1.421	938	0,66	1.312	890	0,68
TOLMEZZO	1.720	989	0,58	1.754	966	0,55
AAS3	3.280	1.958	0,60	3.066	1.856	0,61
ASUIUD	5.443	4.780	0,88	5.199	4.152	0,80
PORDENONE	3.030	2.164	0,71	2.702	1.956	0,72
SACILE	6	12	2,00	1	1	1,00
SPIIMBERGO	481	241	0,50	440	197	0,45
S.VITO	1.279	608	0,48	1.199	571	0,48
AAS5	4.796	3.025	0,63	4.342	2.725	0,63
BURLO	737	623	0,85	718	628	0,87
CRO	1.370	1.375	1,00	1.217	890	0,73
CITTA' DI UDINE	1.061	474	0,45	932	419	0,45
SALUS	525	277	0,53	510	247	0,48
SANATORIO TRIESTINO	638	278	0,44	611	332	0,54
S. GIORGIO	1.876	510	0,27	1.984	388	0,20
TOTALE FVG	26.765	18.943	0,71	25.432	16.258	0,64

TAB. 18. RICOVERI RIPETUTI

(OBIETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE PERCENTUALE RICOVERI RIPETUTI <= 5,0%)

Azienda	Anno 2015			Anno 2016		
	Ricoveri	Ripetuti	%	Ricoveri	Ripetuti	%
ASUITS	18.716	1.330	7,11	19.764	1.359	6,88
GORIZIA	4.431	245	5,53	4.473	195	4,36
MONFALCONE	5.807	251	4,32	5.477	216	3,94
LATISANA	3.449	144	4,18	3.025	117	3,87
PALMANOVA	5.009	255	5,09	5.514	274	4,97
AAS2	18.696	895	4,79	18.489	802	4,34
GEMONA	1.761	82	4,66	408	30	7,35
SAN DANIELE	6.015	238	3,96	6.253	257	4,11
TOLMEZZO	5.911	230	3,89	6.382	299	4,69
AAS3	13.687	550	4,02	13.043	586	4,49
ASUI UD	24.256	1.403	5,78	24.113	1.422	5,90
PORDENONE	15.919	985	6,19	15.940	830	5,21
SACILE	220	18	8,18	76	8	10,53
SPILIMBERGO	2.648	129	4,87	2.644	120	4,54
S.VITO	4.478	153	3,42	4.363	122	2,80
AAS5	23.265	1.285	5,52	23.023	1.080	4,69
BURLO	5.513	351	6,37	5.563	356	6,40
CRO	1.211	85	7,02	1.273	84	6,60
CITTA' DI UDINE	1.549	62	4,00	1.516	42	2,77
PINETA DEL CARSO	121	11	9,09	75	3	4,00
SALUS	1.386	15	1,08	1.318	31	2,35
SANATORIO TRIESTINO	1.073	29	2,70	1.186	40	3,37
S. GIORGIO	3.111	68	2,19	2.917	56	1,92
TOTALE FVG	112.584	6.084	5,40	112.280	5.861	5,22

TAB. 19. RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI >= 65 ANNI

OBBIETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE PERCENTUALE RICOVERI MEDICO OLTRE SOGLIA PAZIENTI >= 65 ANNI <= 4,0%

Azienda	Anno 2015			Anno 2016		
	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Oltresoglia	%	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Oltresoglia	%
ASUITS	10.889	681	6,25	11.811	564	4,78
GORIZIA	2.300	161	7,00	2.337	195	8,34
MONFALCONE	2.065	245	11,86	1.865	156	8,36
LATISANA	1.599	24	1,50	1.542	18	1,17
PALMANOVA	1.941	67	3,45	2.281	94	4,12
AAS2	7.905	497	6,29	8.025	463	5,77
GEMONA	1.279	106	8,29	350	38	10,86
SAN DANIELE	1.834	94	5,13	2.454	128	5,22
TOLMEZZO	1.847	90	4,87	2.243	119	5,31
AAS3	4.960	290	5,85	5.047	285	5,65
ASUI UD	9.628	522	5,42	9.446	520	5,50
SEDE PORDENONE	6.829	138	2,02	6.982	138	1,98
SEDE SACILE	239	30	12,55	85	16	18,82
SEDE SPILIMBERGO	1.325	30	2,26	1.344	21	1,56
SEDE S.VITO	1.318	33	2,50	1.273	41	3,22
AAS5	9.711	231	2,38	9.684	216	2,23
BURLO	20	2	10,00	14	2	14,29
CRO	891	27	3,03	933	35	3,75
CITTA' DI UDINE	381	15	3,94	337	9	2,67
PINETA DEL CARSO	127	4	3,15	77	8	10,39
SALUS	253	29	11,46	268	35	13,06
SANATORIO TRIESTINO	108	20	18,52	132	30	22,73
S. GIORGIO	609	63	10,34	549	48	8,74
TOTALE FVG	45.482	2.381	5,24	46.323	2.215	4,78

(SONO ESCLUSI I DIMESSI DAI REPARTI CON CODICE DISCIPLINA: 28, 56, 60, 75, 99)

TAB. 20. INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA DI FEMORE ENTRO 48 H DAL RICOVERO

OGGETTIVO REGIONALE: TRATTAMENTO FRATTURA DI FEMORE NELL'ANZIANO ENTRO 48 H IN ALMENO IL 70% (HUB) E 80% (SPOKE) DEI CAS)

Azienda	Anno 2015			Anno 2016		
	fratture femore operate entro 2 gg	fratture femore	%	fratture femore operate entro 2 gg	fratture femore	%
ASUITS	364	524	69,47	386	494	78,14
GORIZIA	79	132	59,85	72	118	61,02
MONFALCONE	54	76	71,05	64	116	55,17
LATISANA	39	53	73,58	49	65	75,38
PALMANOVA	99	134	73,88	67	103	65,05
AAS2	271	395	68,61	252	402	62,69
SAN DANIELE	77	100	77,00	97	113	85,84
TOLMEZZO	85	101	84,16	68	86	79,07
AAS3	162	201	80,60	165	199	82,91
ASUI UD	208	317	65,62	204	324	62,96
PORDENONE	128	165	77,58	138	169	81,66
SACILE	2	6	33,33	-	1	0,00
SPLIMBERGO	57	73	78,08	42	55	76,36
S.VITO	15	33	45,45	22	37	59,46
AAS5	202	277	72,92	202	262	77,10
CITTA' DI UDINE	-	2	0,00	1	1	100,00
PINETA DEL CARSO	-	5	0,00	-	2	0,00
SALUS	1	2	50,00	-	1	0,00
SANATORIO TRIESTINO	1	1	100,00	-	-	0,00
S. GIORGIO	-	-	0,00	-	1	0,00
TOTALE FVG	1.209	1.724	70,13	1.210	1.686	71,77

TAB. 21. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO

(OGGETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO PORTANDOLO AL DI SOTTO DI 70 PER 100.000 RESIDENTI 50-74 ANNI)

Azienda	indicatore 2015	indicatore 2016
ASUITS	137,65	57,55
ASS 2	39,96	43,21
ASS 3	66,96	65,02
ASUI UD	58,81	57,19
ASS 5	34,39	52,02
Totale FVG	65,84	54,25

TAB. 22. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO

(OBIETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO PORTANDOLO AL DI SOTTO DI 210 PER 100.000 RESIDENTI 50-74 ANNI)

Azienda	indicatore 2015	indicatore 2016
ASUI TS	255,64	230,18
ASS 2	246,85	268,58
ASS 3	164,07	201,73
ASUI UD	202,31	199,57
ASS 5	167,88	191,09
Totale FVG	208,26	218,20

TAB. 23. TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE

(OBIETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE PORTANDOLO AL DI SOTTO DI 53 PER MILIONE DI RESIDENTI)

Azienda	indicatore 2015	indicatore 2016
ASUI TS	62,24	69,40
ASS 2	68,62	70,11
ASS 3	60,46	45,05
ASUI UD	88,26	72,59
ASS 5	55,24	54,28
Totale FVG	66,88	62,95

2.1.4 SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TAB. 24. PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DEL FVG

Azienda	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	%
Prestazioni ambulatoriali erogate per residenti	4.351.436	4.320.443	-0,71%
Prestazioni ambulatoriali erogate per non residenti	273.560	258.592	-5,47%
TOTALE FVG	4.624.996	4.579.035	-0,99%

Al netto delle prestazioni di laboratorio

TAB. 25. PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A RESIDENTI DA STRUTTURE DEL FVG

Azienda	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	%
ASUITS	1.097.706	1.101.119	0,31%
ASS 2	909.952	885.082	-2,73%
ASS 3	554.452	540.479	-2,52%
ASUIUD	874.537	869.233	-0,61%
ASS 5	914.789	924.530	1,06%
TOTALE FVG	4.351.436	4.320.443	-0,71%

Al netto delle prestazioni di laboratorio

TAB. 26. PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DEL FVG DISTINTE PER AZIENDA EROGANTE

Azienda	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016	%
ASUITS	1.067.300	1.072.624	0,50%
AAS 2	812.530	762.445	-6,16%
AAS 3	428.137	412.680	-3,61%
ASUIUD	1.024.406	1.033.333	0,87%
AAS 5	831.315	843.223	1,43%
BURLO	88.037	94.087	6,87%
CRO	99.711	102.051	2,35%
TOTALE FVG	4.351.436	4.320.443	-0,71%

Al netto delle prestazioni di laboratorio

TAB. 27. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ABITANTE SULLA POPOLAZIONE PESATA
(OBIETTIVO REGIONALE <= 3,5 PRO-CAPITE)

Azienda	Gen-Dic 2015	Gen-Dic 2016
ASUITS	4,00	4,01
ASS 2	3,31	3,22
ASS 3	2,98	2,91
ASUI UD	3,20	3,18
ASS 5	2,93	2,96
TOTALE FVG	3,31	3,39

TAB. 28. PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DEL FVG DISTINTE PER
AZIENDA EROGANTE

Branca	Gen-Dic 2015			Gen-Dic 2016			Variazioni periodo %		
	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni
ALTRE PRESTAZIONI	1.290.599	48.583	1.339.182	634.447	15.241	649.688	-51%	-69%	-51%
ANESTESIA	19.091	1.247	20.338	25.685	1.484	27.169	35%	19%	34%
CARDIOLOGIA	227.088	46.483	273.571	271.234	52.875	324.109	19%	14%	18%
CHIRURGIA GENERALE	32.026	2.966	34.992	60.125	5.929	66.054	88%	100%	89%
CHIRURGIA PLASTICA	67.853	1.781	69.634	75.681	2.385	78.066	12%	34%	12%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLO	3.224	653	3.877	11.724	1.396	13.120	264%	114%	238%
DERMOSIFILOPATIA	50.624	8.273	58.897	108.037	12.994	121.031	113%	57%	105%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	16.354		16.354	15.290		15.290	-7%		-7%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	437.853	198.965	636.818	426.939	192.254	619.193	-2%	-3%	-3%
ENDOCRINOLOGIA	18.137	9.850	27.987	73.622	11.613	85.235	306%	18%	205%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	102.357	32.807	135.164	108.877	37.076	145.953	6%	13%	8%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	10.858.273	#####	11.928.486	9.609.873	896.363	10.506.236	-11%	-16%	-12%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	413.697	308.047	721.744	405.169	351.408	756.577	-2%	14%	5%
NEFROLOGIA	181.812	9.154	190.966	202.649	9.443	212.092	11%	3%	11%
NEUROCHIRURGIA	10.551	2.411	12.962	13.037	2.940	15.977	24%	22%	23%
NEUROLOGIA	130.537	37.564	168.101	140.137	38.135	178.272	7%	2%	6%
OCULISTICA	184.900	38.998	223.898	247.074	43.364	290.438	34%	11%	30%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	61.020	3.192	64.212	85.775	2.635	88.410	41%	-17%	38%
ONCOLOGIA	75.019	28	75.047	120.685	65	120.750	61%	132%	61%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	72.345	26.786	99.131	159.425	33.536	192.961	120%	25%	95%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	114.529	8.918	123.447	111.359	9.037	120.396	-3%	1%	-2%
OTORINOLARINGOIATRIA	65.686	5.009	70.695	122.958	6.560	129.518	87%	31%	83%
PNEUMOLOGIA	80.839	5.233	86.072	105.782	6.482	112.264	31%	24%	30%
PSICHIATRIA	15.075		15.075	15.811	142	15.953	5%		6%
RADIOTERAPIA	115.458		115.458	131.015		131.015	13%		13%
UROLOGIA	32.314	7.097	39.411	59.772	9.732	69.504	85%	37%	76%
TOTALE FVG	14.677.261	1.874.258	16.551.519	13.342.182	1.743.089	15.085.271	-9%	-7%	-9%

2.1.5 PARTI

TAB. 29. PARTI IN PUNTI NASCITA DELLA REGIONE

Punto Nascita		Parti 2015	Parti 2016	% differenza	di cui da madri	
					residenti in FVG	Non residenti FVG
AAS2	MONFALCONE	708	664	-6%	645	19
	LATISANA	440	111	-75%	61	50
	PALMANOVA	770	847	10%	807	40
AAS3	SAN DANIELE	881	879	0%	859	20
	TOLMEZZO	509	459	-10%	437	22
ASUI UD	UDINE	1.490	1.612	8%	1.527	85
AAS5	PORDENONE	935	1.001	7%	880	121
	SAN VITO	725	956	32%	636	320
BURLO	BURLO	1.527	1.570	3%	1.499	71
S. GIORGIO	SAN GIORGIO	699	716	2%	605	111
	Domicilio/Altro luogo	15	16	7%	16	0
TOTALE FVG		8.699	8.831	2%	7.972	859

TAB. 30. PERCENTUALE PARTI CESAREI

(OBIETTIVO REGIONALE: MANTENIMENTO PARTI CESAREI ≤ 20%)

Punto nascita	Anno 2015		%	Anno 2016		%
	Parti	Cesarei		Parti	Cesarei	
ASUI TS	1	1	100,00	1	-	0,00
LATISANA	403	54	13,40	103	12	11,65
MONFALCONE	604	74	12,25	586	63	10,75
PALMANOVA	721	97	13,45	746	95	12,73
AAS2	1.728	225	13,02	1.435	170	11,85
SAN DANIELE	827	94	11,37	803	115	14,32
TOLMEZZO	458	73	15,94	415	56	13,49
AAS3	1.285	167	13,00	1.218	171	14,04
ASUI UD	1.353	359	26,53	1.471	371	25,22
PORDENONE	794	150	18,89	870	197	22,64
SAN VITO	653	74	11,33	857	105	12,25
AAS5	1.447	224	15,48	1.727	302	17,49
BURLO	1.367	253	18,51	1.420	243	17,11
SAN GIORGIO	651	100	15,36	644	116	18,01
TOTALE FVG	7.832	1.329	16,97	7.916	1.373	17,35

TAB. 31. PERCENTUALE PARTI CESAREI DEPURATI (NTSV)

Punto nascita	Anno 2015		%	Anno 2016		%
	Parti	Cesarei NTSV		Parti	Cesarei NTSV	
ASUITS	1	1	100,00	-	-	0,00
LATISANA	206	24	11,65	52	6	11,54
MONFALCONE	304	38	12,50	263	24	9,13
PALMANOVA	363	48	13,22	389	57	14,65
AAS2	873	110	12,60	704	87	12,36
SAN DANIELE	412	40	9,71	364	54	14,84
TOLMEZZO	233	40	17,17	202	29	14,36
AAS3	645	80	12,40	566	83	14,66
ASUIUD	592	148	25,00	625	145	23,20
PORDENONE	331	69	20,85	416	108	25,96
SAN VITO	317	36	11,36	375	38	10,13
AAS5	648	105	16,20	791	146	18,46
BURLO	658	120	18,24	704	108	15,34
SAN GIORGIO	314	47	14,97	282	53	18,79
TOTALE FVG	3.731	611	16,38	3.672	622	16,94

TAB. 32. PERCENTUALE PARTI INDOTTI FARMALOGICAMENTE

Punto nascita	Anno 2015		%	Anno 2016		%
	Parti	parti indotti farmacologicamente		Parti	parti indotti farmacologicamente	
LATISANA	357	60	16,81	90	20	22,22
MONFALCONE	552	61	11,05	538	90	16,73
PALMANOVA	642	43	6,70	694	127	18,30
AAS2	1.551	164	10,57	1.322	237	17,93
SAN DANIELE	752	64	8,51	722	120	16,62
TOLMEZZO	399	28	7,02	368	73	19,84
AAS3	1.151	92	7,99	1.090	193	17,71
ASUIUD	967	71	7,34	1.078	263	24,40
PORDENONE	682	74	10,85	704	154	21,88
SAN VITO	584	63	10,79	767	143	18,64
AAS5	1.266	137	10,82	1.471	297	20,19
BURLO	1.175	118	10,04	1.226	210	17,13
SAN GIORGIO	559	28	5,01	539	93	17,25
TOTALE FVG	6.683	610	9,13	6.740	1.293	19,18

TAB. 33. PERCENTUALE PARTI INDOTTI

Punto nascita	Anno 2015		%	Anno 2016		%
	parti	parti indotti		parti	parti indotti	
LATISANA	357	101	28,29	90	23	25,56
MONFALCONE	552	124	22,46	538	93	17,29
PALMANOVA	642	120	18,69	694	133	19,16
AAS2	1.551	345	22,24	1.322	249	18,84
SAN DANIELE	752	143	19,02	722	127	17,59
TOLMEZZO	399	83	20,80	368	77	20,92
AAS3	1.151	226	19,64	1.090	204	18,72
ASUIUD	967	252	26,06	1.078	320	29,68
PORDENONE	682	140	20,53	704	155	22,02
SAN VITO	584	109	18,66	767	147	19,17
AAS5	1.266	249	19,67	1.471	302	20,53
BURLO	1.175	271	23,06	1.226	279	22,76
SAN GIORGIO	559	84	15,03	539	95	17,63
ALTRO LUOGO	14	-	0,00	14	-	0,00
TOTALE FVG	6.683	1.427	21,35	6.740	1.449	21,50

2.2 Assistenza territoriale

2.2.1 ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

TAB. 34. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE ANNO 2016

Azienda	medico	numero	assistiti per classi di età ^(a)				totale assistenza sanitaria di base	
			0-13	14-64	65-W	Totale	MMG + PLS	tot. assistiti
ASUITS	MMG	178	2.165	137.710	66.565	206.440	198	227.302
	PLS	20	20.819	43		20.862		
AAS2	MMG	178	3.174	153.106	64.908	221.188	204	245.447
	PLS	26	24.187	72		24.259		
AAS3	MMG	131	3.290	102.405	43.412	149.107	146	163.887
	PLS	15	14.736	44		14.780		
ASUIUD	MMG	184	3.146	157.070	63.591	223.807	209	247.871
	PLS	25	24.037	27		24.064		
AAS5	MMG	203	3.972	195.330	72.160	271.462	238	307.126
	PLS	35	35.557	107		35.664		
TOTALE FVG	MMG	874	15.747	745.621	310.636	1.072.004	995	1.191.633
	PLS	121	119.336	293	0	119.629		

(a) assistiti al 31.12.2015

TAB. 3453. COPERTURA DELL'ASSISTENZA

Azienda	Assistenza sanitaria di base				Pediatri di libera scelta			
	assistiti	residenti	differenza	diff %	assistiti	residenti 0-13 aa	differenza	diff %
ASUITS	227.302	234.955	-7.653	-3,26%	20.862	24.559	-3.697	-15,05%
AAS 2	245.447	251.538	-6.091	-2,42%	24.259	28.330	-4.071	-14,37%
AAS 3	163.887	169.774	-5.887	-3,47%	14.780	18.992	-4.212	-22,18%
ASUIUD	247.871	252.238	-4.367	-1,73%	24.064	29.084	-5.020	-17,26%
AAS 5	307.126	312.794	-5.668	-1,81%	35.664	40.485	-4.821	-11,91%
TOTALE FVG	1.191.633	1.221.299	-29.666	-2,43%	119.629	141.450	-21.821	-15,43%

2.2.2 RSA

TAB. 36 DIMISSIONI DEI RESIDENTI IN RSA

Azienda	posti letto 31/12/2015	posti letto 31/12/2016	Anno 2015	Anno 2016	% Diff	Presenza media giornaliera	Degenza media	% Occup. media
ASUITS	233	233	2.869	3.217	12,1%	220,10	25,0	94,46%
ASS 2	155	155	1.546	1.625	5,1%	127,99	28,8	82,58%
ASS 3	118	164	1.493	1.927	29,1%	107,72	20,5	65,68%
ASUI UD	140	140	1.650	1.707	3,5%	120,69	25,9	86,20%
ASS 5	151	179	2.032	2.309	13,6%	145,63	23,1	81,36%
TOTALE FVG	797	871	9.590	10.785	12,5%	722,12	24,5	82,91%

TAB. 37. GIORNATE DI DEGENZA DEI RESIDENTI IN RSA

Azienda	posti letto 31/12/2015	posti letto 31/12/2016	Anno 2015	Anno 2016	% Diff
ASUITS	233	233	81.119	80.555	-0,7%
ASS 2	155	155	42.811	46.846	9,4%
ASS 3	118	164	31.825	39.425	23,9%
ASUI UD	140	140	46.925	44.171	-5,9%
ASS 5	151	179	47.721	53.300	11,7%
TOTALE FVG	797	871	250.401	264.297	5,5%

2.2.3 Assistenza domiciliare

TAB. 38. ASSISTENZA DOMICILIARE

UTENTI

Azienda	Utenti		% Diff	Utenti con Piano Assistenziale		% Diff
	Anno 2015	Anno 2016		Anno 2015	Anno 2016	
ASUITS	9.414	9.152	-2,8%	4.925	5.142	4,4%
ASS 2	7.911	8.065	1,9%	4.304	4.562	6,0%
ASS 3	5.886	5.853	-0,6%	3.309	3.354	1,4%
ASUI UD	7.380	7.572	2,6%	2.490	3.156	26,7%
ASS 5	9.358	9.448	1,0%	3.282	3.818	16,3%
TOTALE FVG	39.949	40.090	0,4%	18.310	19.997	9,2%

ACCESSI

Azienda	Accessi		% Diff	Accessi domicilio utenti con Piano Assistenziale		% Diff
	Anno 2015	Anno 2016		Anno 2015	Anno 2016	
ASUITS	131.496	138.813	5,6%	111.738	118.679	6,2%
ASS 2	106.853	108.522	1,6%	91.788	95.101	3,6%
ASS 3	99.874	101.135	1,3%	90.740	92.370	1,8%
ASUI UD	130.761	131.133	0,3%	90.706	99.651	9,9%
ASS 5	130.618	135.168	3,5%	86.575	99.149	14,5%
TOTALE FVG	599.602	614.771	2,5%	471.547	504.950	7,1%

2.2.4 Hospice

TAB. 39. DIMISSIONI DA HOSPICE

Azienda	posti letto 31/12/2015	posti letto 31/12/2016	Anno 2015	Anno 2016	% Diff
ASUI TS	19	19	354	349	-1,4%
AAS 2	21	21	269	288	7,1%
AAS 3	6	3	40	44	10,0%
ASUI UD	12	12	209	223	6,7%
AAS 5	10	10	283	313	10,6%
TOTALE FVG	68	65	1.155	1.217	5,4%

TAB. 40. GIORNATE DI DEGENZA IN HOSPICE

Azienda	posti letto 31/12/2015	posti letto 31/12/2016	Anno 2015	Anno 2016	% Diff
ASUI TS	19	19	5.507	5.607	1,8%
AAS 2	21	21	6.340	5.801	-8,5%
AAS 3	6	3	608	645	6,1%
ASUI UD	12	12	2.897	3.363	16,1%
AAS 5	10	10	2.804	2.765	-1,4%
TOTALE FVG	68	65	18.156	18.181	0,1%

3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

IL PERSONALE DIPENDENTE

La gestione delle risorse umane per l'anno 2016 è proseguita 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.

Nel corso del 2016 hanno, quindi, trovato completamento l'organizzazione e il funzionamento degli Enti del SSR e a seguito di tale definizione sarà determinabile il fabbisogno di personale e le relative dotazioni organiche, anche alla luce dell'attuazione dei progetti di riorganizzazione delle funzioni.

Anche la manovra del personale doveva, quindi, trovare la necessaria integrazione con il nuovo contesto delineato dalla riforma e con il nuovo assetto dei servizi ospedalieri e distrettuali del Servizio Sanitario Regionale.

Nel 2016 permanevano 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 approvate con DGR n. 2559 del 22.12.2015 sono proseguite sulla scorta di quanto stabilito nel 2015, con la finalità di portare a compimento il progetto di riforma del SSR.

Nel 2016 è stato ribadito il limite di costo del precedente esercizio 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. Fa eccezione l'EGAS che avrà risorse umane in sviluppo in base all'implementazione delle funzioni via via affidate che saranno dedotte in pari misura dalle altre aziende.

Nell'ambito di tale vincolo le aziende dovevano 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 dovevano tenere, altresì, conto delle procedure di stabilizzazione di cui al DPCM del 6.03.2015 individuando i posti oggetto di selezioni riservate. Per quanto riguarda la programmazione del personale, le regole sulle assunzioni sono state individuate in due momenti: inizialmente sulla scorta del percorso di autorizzazione delineato dalle Linee di Gestione 2016 mentre nella seconda parte dell'anno sulla base delle prescrizioni di cui alla DGR n. 1671 del 9.09.2016 a fronte della necessità di dare attuazione e/o completamento ad alcune delle progettualità della programmazione regionale.

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), producevano anche costi ricadenti nelle voci fisse concorrendo 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 dovevano restare neutrali 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 doveva, inoltre, trovare la necessaria integrazione con il percorso avviato dalla riforma del Servizio Sanitario Regionale, con i provvedimenti di definizione degli standard dell'assistenza distrettuale e di quella ospedaliera, con il provvedimento regionale recante i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, doveva tenere conto del rapporto assistenziale tendenzialmente di una figura di supporto OSS ogni 3 di personale infermieristico nonché delle 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) doveva essere predisposta nel PAL/PAO secondo le regole di cui sopra;
 - nell'ambito di ciascun processo di esternalizzazione di servizi, ferma restando l'autonoma valutazione di costo efficienza dello stesso, doveva essere rappresentata alla DCSISPSF la corrispondente riduzione della dotazione organica e delle conseguenti ricadute sui fondi contrattuali.

La programmazione di personale dipendente a tempo determinato e indeterminato rappresentata dalle aziende nei singoli piani annuali è stata predisposta con queste logiche: il fabbisogno di personale rappresentato a livello regionale per il 2016 è stato teso, dunque, al rispetto del vincolo del tetto di spesa del 2012 abbattuto dell'1%.

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 poteva 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.

Le regole per la realizzazione concreta della manovra sono state poi coordinate dalla DGR n. 349 del 4 marzo 2016 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale" che confermava le disposizioni già contenute nelle linee per la gestione e in particolare una prudente gestione delle risorse umane e delle scelte assunzionali stante l'obiettivo di riduzione dei costi delle voci fisse di personale 2016, dell'1% rispetto al costo 2012. Ciò, in linea con il necessario perseguimento e realizzazione graduale delle misure di contenimento della spesa del personale derivante dalle disposizioni statali in un quadro regionale di complessiva riduzione delle risorse economiche. Il preventivo 2016 precisava, inoltre, i costi da considerarsi giustificativi ai fini del rispetto del vincolo economico dell'1%, specificando che eventuali ulteriori giustificativi 2016

sarebbero stati valutati e autorizzati dalla Direzione Centrale Salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia.

Infine, con DGR n. 1671 del 9.09.2016 è venuta meno la preventiva autorizzazione regionale alle assunzioni prevista dalle Linee di gestione del 2016: le aziende, nel rispetto delle prescrizioni stabilite dal citato provvedimento giuntale, sono state autorizzate all'acquisizione di personale e, si sono concesse specifiche deroghe al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse) per assunzioni correlate alle seguenti progettualità regionali:

- a) sviluppo dell'assistenza primaria: a seguito dell'attivazione delle AFT e della realizzazione della nuova medicina di gruppo integrata nonché dell'attivazione dei C.A.P. (con i requisiti previsti dalla normativa di riferimento);
- b) disturbi comportamentali, autismo (nello loro varie forme);
- c) piano dell'emergenza;
- d) liste di attesa;
- e) piano dell'odontoiatria sociale.

L'analisi della gestione delle risorse umane del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016 va quindi effettuata in relazione ai contenuti della DGR n. 349 del 4 marzo 2016 e della DGR n. 1671 del 9.09.2016.

ALTRE TEMATICHE

prestazioni aggiuntive: nel 2016 il relativo ricorso poteva essere autorizzato solamente per la dirigenza medica e veterinaria ai sensi dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005 e nel limite del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell'anno 2012.

L'acquisto di prestazioni aggiuntive doveva prioritariamente utilizzarsi per la riduzione delle liste di attesa.

Le aziende e gli enti del SSR, previamente all'acquisto di prestazioni aggiuntive del personale della dirigenza dovevano fare ricorso agli istituti contrattuali del lavoro straordinario e dell'utilizzo della retribuzione di risultato.

Solo in subordine, potevano richiedere l'autorizzazione regionale per l'acquisto di prestazioni aggiuntive da inoltrarsi alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, competente al rilascio del relativo nulla osta, nella considerazione che tale strumento deve collocarsi in modo coerente con le più ampie esigenze derivanti dalle disposizioni di contenimento della spesa del personale.

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

1% fondo produttività/risultato: nei bilanci di previsione 2016 le aziende hanno accantonato al fondo incentivazioni del personale dipendente un incremento pari allo 0,50%: tale cifra non poteva essere erogata, neanche a titolo di acconto, fino all'accertamento a consuntivo del pareggio o avanzo di amministrazione.

Qualora sia accertata una perdita di esercizio le aziende non possono procedere all'incremento fino all'1% del fondo di produttività.

residui fondi aziendali: le aziende in sede di contrattazione integrativa dovevano 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.

applicazione comma 236 della L. 28.12.2015 n. 208 (Legge finanziaria 2016): Le aziende nei piani hanno dato sintetica evidenza delle modalità di attuazione a livello aziendale delle disposizioni dell'articolo 1, comma 236, L. n. 208 del 25.12.2015. (VERIFICARE LA RELAZIONE SE C'È IN TUTTI I PIANI)

Comma 236. Nelle more dell'adozione dei decreti legislativi attuativi degli articoli 11 e 17 della legge 7 agosto 2015, n. 124, con particolare riferimento all'omogeneizzazione del trattamento economico fondamentale e accessorio della dirigenza, tenuto conto delle esigenze di finanza pubblica, a decorrere dal 1° gennaio 2016 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente.

FORMAZIONE

Le priorità regionali in tema di formazione, come indicate nella DGR n. 2559/2015, sono state perseguite ottenendo discreti risultati. Il Piano regionale della formazione sta trovando gradualmente applicazione; vi sono ampi margini di miglioramento per raggiungere l'uniformità degli aspetti amministrativi e procedurali relativi alle attività di formazione continua realizzate nell'ambito del SSR in particolare per i regolamenti aziendali sulla formazione continua e sulle modalità di sponsorizzazione individuale di eventi formativi e le procedure di raccolta del fabbisogno formativo.

IL PERSONALE DIPENDENTE

L'esposizione che segue, rappresenta la dotazione di personale del SSR nel 2016 rilevata dal sistema informativo con i criteri utilizzati nei consueti monitoraggi direzionali.

Per quanto riguarda la manovra del personale a livello regionale, la dotazione di personale alla data del 31.12.2016, rispetto alla dotazione di personale risultante al 31.12.2015, registra un incremento complessivo di personale dipendente del servizio sanitario regionale **pari a 299 unità**.

L'incremento più importante si registra nel personale di assistenza in quanto il personale infermieristico aumenta di 270 unità mentre gli oss di 50 unità. Il calo principale ha riguardato, invece, il personale amministrativo.

In generale, il saldo tra unità in ingresso e unità in uscita nel SSR durante il 2016 è stato abbastanza graduale ed uniforme nel corso dei mesi, registrando saldi positivi in tutti i periodi dell'anno salvo nei mesi di gennaio, luglio e dicembre.

Si presenta, di seguito, la dotazione del personale al 31/12/2015 e al 31/12/2016 del SSR. Si precisa che nelle seguenti 2 tabelle riepilogative non sono conteggiati i servizi delegati delle AAS 3, AAS 4, ASS 5.

Al fine di uniformare i criteri di rilevazione dei dati sul personale, si specifica che a decorrere dal 1.01.2015, in presenza del nuovo assetto del SSR, i dati sono stati scorporati delle unità di personale interinale (infermieri e oss) che residuavano nel sistema informativo fino al 2014.

Il dato riferito al 2016 viene quindi rappresentato senza il personale somministrato.

Aziende/Enti SSR	31/12/2015	31/12/2016	diff. 2016/2015	delta %
TOTALE	19.624	19.923	299	1,52%

La tabella successiva rappresenta l'andamento a livello aziendale confrontando l'anno 2015 con il 2016 (per comodità di rappresentazione l'ASUI TS e l'ASUI UD sono raffigurate secondo il nuovo assetto organizzativo già nell'anno 2015).

AZIENDE	31/12/2015	31/12/2016	diff. 2016/2015	delta %
A.SUI TS	4.165	4.300	135	3,24%
AAS 2 Bassa Friulana - Isontina	3.246	3.252	6	0,18%
AAS 3 ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	2.065	2.086	21	1,02%
ASUI UD*	5.061	5.144	83	1,64%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.688	3.720	32	0,87%
IRCCS Burlo Trieste	710	700	-10	-1,41%
IRCCS Cro Aviano	630	628	-2	-0,32%
EGAS	59	93	34	57,63%
TOTALE REGIONE	19.624	19.923	299	1,52%

* comprende anche il personale universitario

In generale, seppur con alcune differenze, la manovra sviluppata nel corso dell'anno registra saldi positivi nella maggioranza delle aziende, fatta eccezione per Burlo e CRO.

La distribuzione del personale dipendente del SSR per ruolo, categoria contrattuale e profilo professionale alla data del 31.12.2016 è illustrata nella sottostante tabella (in calce alla stessa è stato evidenziato il personale appartenente ai Servizi delegati gestiti dalle AAS n° 3 "Alto Friuli", n° 4 "Friuli Centrale" e n° 5 "Friuli Occidentale").

	ASUITS	AAS2	AAS3	ASUIUD	AAS5	BURLO di Trieste	C.R.O. di Aviano	EGAS	TOTALE AL 31/12/2016
RUOLO SANITARIO									
Dirigenti sanitari	93	59	35	94	60	17	36	6	400
di cui responsabile di SOC	5	3	1	2	1		2		14
Profilo									0
Biologi	12	6		31	12	9	19		89
Chimici	1	2		3	1	1	1		9
Dirigente delle Professioni Sanitarie	11	3	2	6	4	1	2		29
Farmacisti	13	10	7	16	10	3	5	6	70
Fisici	8			6	1		7		22
Psicologi	48	38	26	32	32	3	2		181
Comparto sanitari	2.250	1.758	1.102	2.734	1.956	360	278	0	10.438
Personale Infermieristico	1.623	1.307	832	1.926	1.395	232	177		7.492
Col.Prof.San.Assist.Sanitario	48	38	15	48	61	0	1		211
Altro personale infermieristico	26	65	48	63	63	64		0	329
Personale di assistenza	114	84	62	52	77	15	2		406
Tecnici diagnostici/tecnici assistenza	252	110	33	384	179	33	97		1.088
Tecnici prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	30	32	23	50	45	2	1		183
Personale della riabilitazione	157	122	89	211	136	14	0	0	729
Dirigenti Medici e Veterinari	577	513	298	800	562	132	110	2	2.994
Dirigenti medici	567	496	274	787	538	132	110	2	2.906
di cui responsabile di SOC	30	42	30	65	41	8	8	1	225
Dirigenti veterinari	10	17	24	13	24				88
di cui responsabile di SOC	1	2	2						5
Contratto Indiv. Penitenziario					1				1
Totale ruolo sanitario	2.920	2.330	1.435	3.628	2.579	509	424	8	13.833
RUOLO TECNICO									0
Dirigenti tecnici	2	2	2	8	4	1	2	3	24
di cui responsabile di SOC	1				1				2
Analista	1	2	1	1	1			1	7
Sociologi		0	1	7	2			2	12
Statistico	1				1	1	2		5
Comparto tecnico	975	686	485	1.105	805	117	125	1	4.299
Assistente Tecnico	30	12	5	23	6	3	6		85
Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	123	47	39	112	47	9	24		401
Aus.Spec.Serv.Tec.Economici	4	16	8	21	15	4	3		71
Col.Prof.Assist.Soc.Esperto	1	3	1	1					6
Col.Prof.Assistente Sociale	26	11	15	19	16	1			88
Col.Tecn.Prof.Esperto	3	4	2	5	3	1			18
Col.Tecn.Professionale	50	10	8	27	13	3	3	1	115
Op.Tecn.Addetto Assistenza	14	10	4	25	11	1	4		69
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		3	4	10	6		2		25
Op.Tecnico Specializzato	58	48	19	32	38	1	10		206
OP.Tecnico Specializzato Esperto	41	24	35	45	34	1	7		187
Operatore Socio Sanitario	552	433	316	705	531	68	40		2.645
Operatore Tecnico	72	65	29	80	83	23	23		375
Programmatore	1				2	2	3		8
Totale ruolo tecnico	977	688	487	1.113	809	118	127	4	4.323
RUOLO AMMINISTRATIVO									0
Dirigenti amministrativi	18	10	8	12	14	7	5	8	82
di cui responsabile di SOC	8	4	3	7	5	2	2	3	34
Comparto amministrativo	373	219	154	379	310	64	70	70	1.639
Totale ruolo amministrativo	391	229	162	391	324	71	75	78	1.721
RUOLO PROFESSIONALE									
Dirigenti professionali	12	5	2	9	8	2	2	3	43
di cui responsabile di SOC	3	2	1	4	4	2	1		17
Comparto professionale Assistente Religioso				3					3
Totale ruolo professionale	12	5	2	12	8	2	2	3	46
TOTALE PER ATTIVITA' SANITARIE	4.300	3.252	2.086	5.144	3.720	700	628	93	19.923
SERVIZI DELEGATI									0
Personale servizi in delega			128	61	76				265
TOTALE PERSONALE SSR FVG	4.300	3.252	2.214	5.205	3.796	700	628	93	20.188

Comprende il personale universitario (n. 60 unità) della sola azienda ospedaliera universitaria di Udine "Santa Maria della Misericordia. Si segnala che il personale universitario, alla data del 31 dicembre 2016, è presente anche nelle seguenti aziende:

- azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti "di Trieste : n. 54 dirigenti medici;
- IRCCS "Burlo Garofalo" : n. 12 di cui 9 dirigenti medici e 3 dirigenti sanitari

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

RUOLO	31/12/2015	31/12/2016	diff. 2016/2015	delta %
Sanitario	13.536	13.833	297	2,19%
<i>di cui personale infermieristico</i>	7.222	7.492	270	3,74%
Tecnico	4.303	4.323	20	0,46%
<i>di cui operatori socio sanitari</i>	2.594	2.645	51	1,97%
Amministrativo	1.744	1.721	-23	-1,32%
Professionale	41	46	5	12,20%
TOTALE SSR	19.624	19.923	299	1,52%

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

Il ruolo sanitario considerato nel suo insieme complessivo registra un incremento di 297 unità rispetto al 2015; alla data del 31.12.2016 il personale appartenente al ruolo sanitario del SSR raggiunge un dato complessivo di 13.833 unità. Per quanto riguarda il personale infermieristico alla data del 31.12.2016, il SSR si attesta ad un dato pari a 7.492, con un incremento rispetto al 2015 di + 270 unità.

Il numero dei dirigenti medici e veterinari del SSR si attesta ad un dato complessivo di n. 2.994, di cui n. 2.906 dirigenti medici e n. 88 dirigenti veterinari, mentre sono 735 in totale le unità di personale riconducibili alla categoria "altro personale infermieristico" e "personale di assistenza". La consistenza del personale della riabilitazione al 31.12.2016 risulta di n. 729 unità, mentre i tecnici del ruolo sanitario (tecnici diagnostici/tecnici di assistenza e tecnici della prevenzione e ambienti di lavoro) si attestano complessivamente a n. 1.271 unità.

Il ruolo tecnico, complessivamente inteso, nel corso dell'anno 2016 registra un aumento di n. 20 unità. Si evidenzia, altresì, un aumento di unità del profilo professionale OSS, categoria Bs, che registra un dato complessivo al 31.12.2015 di 2.645 unità (51 unità in più rispetto al 31.12.2015, dato questo ultimo che conferma il trend in crescita di tale profilo nell'ultimo triennio).

Evidenza un lieve aumento rispetto al 2015 (+ 5 unità) la consistenza di personale del ruolo professionale che registra un dato complessivo pari a 46 unità, di cui 43 sono dirigenti.

Il personale del ruolo amministrativo registra un calo di -23 unità rispetto al 2015 attestandosi alla data del 31.12.2016 a 1.721 unità di cui 1.639 unità appartengono al comparto (- 23 rispetto al 2015) e n. 82 alla dirigenza (consistenza uguale al 2015).

Per quanto riguarda la dirigenza delle professioni sanitarie, resta immutato il dato rispetto al 2015: alla data del 31.12.2016 risultano, infatti, n. 29 unità in servizio e di queste, 2 unità sono titolari di un incarico di direzione di SC (AAS2 e ASUI TS).

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione nelle diverse aziende dei dirigenti delle professioni sanitarie confrontando il 2015 e il 2016 (per comodità di rappresentazione l'ASUI TS e l'ASUI UD sono raffigurate secondo il nuovo assetto organizzativo già nell'anno 2015):

	31/12/2015	31/12/2016	diff. 2016/2015
ASUI TS	10	11	1
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	4	3	-1
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	2	2	0
ASUI UD	6	6	0
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	3	4	1
IRCCS Burlo Trieste	1	1	0
IRCCS Cro Aviano	2	2	0
EGAS	1		-1
TOTALE REGIONE	29	29	0

Di seguito la distribuzione del personale del comparto in regime di part-time alla data del 31.12.2016 suddiviso per azienda

PART TIME	31/12/2016
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	247
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	292
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	440
A.S.U.I. TS	244
A.S.U.I. UD	616
Ente Gestione Accentrata Servizi	10
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	63
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	74
Totale complessivo	1986

Con riferimento al personale supplente, va evidenziato un decremento di 12 unità rispetto al dato del 2015:

Supplenti AZIENDE	31/12/2015	31/12/2016	diff. 2016/2015	delta %
AAS 2 Bassa Friulana - Isontina	6	6	0	0,0%
AAS 3 ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	8	3	-5	-62,5%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	28	26	-2	-7,1%
A.S.U.I. TS	7	13	6	85,7%
A.S.U.I. UD	29	24	-5	-17,2%
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	5	1	-4	-80,0%
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	3	1	-2	-66,7%
TOTALE REGIONE	86	74	-12	-14,0%

Si segnala, infine, nella tabella successiva il dato del personale dipendente a tempo determinato presente al 31.12.2016 (già compreso nel numero di unità complessive alla data del 31.12.2016 pari a 19.923).

TEMPI DETERMINATI AZIENDE	31/12/2015	31/12/2016	diff. 2016/2015	delta %
A.S.U.I. TS	245	281	36	14,7%
AAS 2 Bassa Friulana - Isontina	102	160	58	56,9%
AAS 3 ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	77	80	3	3,9%
A.S.U.I. UD	303	255	-48	-15,8%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	140	178	38	27,1%
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	69	71	2	2,9%
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	24	22	-2	-8,3%
Ente Gestione Accentrata Servizi	9	8	-1	-11,1%
Totale complessivo	969	1055	86	8,9%

Nel corso dell'anno si rileva un incremento del dato del personale a tempo determinato (+ 86 unità rispetto al 2015).

Per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies del d. lgs 502/92 e s.m.e.i., alla data del 31.12.2016 risultano pari a 4 unità (2 unità presso ASUI TS, 1 unità presso l'AAS n. 2 e 1 unità presso il CRO di Aviano).

Metodologia e fonte rilevazioni dati

I dati sul personale dipendente del SSR sono stati rilevati da INSIEL dal SISSR, attraverso il Sistema ASCOT3 personale ed elaborati con il software ORACLE DISCOVERER, continuando nell'opera di rendere sempre più accurata la rilevazione.

I dati riferiti al 31 dicembre 2016 sono quelli aggiornati al mese di aprile 2017.

La rilevazione comprende il personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato e i servizi in delega delle ASS 3, ASS 4, ASS 6. A decorrere dall'anno 2015 non rientrano nelle elaborazioni i rapporti di somministrazione.

Rientra nel computo di AOU UD anche il personale universitario.

DGR n. 2559 del 22.12.2015: VINCOLO GESTIONALE 1% DEL COSTO DEL PERSONALE 2012

Come accennato in premessa la DGR n. 2259 del 22.12.2015 recante le Linee per la gestione del SSR 2016 ha prescritto, fra gli altri, come per il 2015, il rispetto del seguente vincolo economico: il costo del personale dipendente nel 2016 non poteva superare quello dell'esercizio consuntivo 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

La DGR n. 349 del 4 marzo 2016 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale" oltre a precisare che il costo consuntivo 2012 doveva essere integrato o ridotto del costo del personale derivante dal trasferimento di funzioni di attività tra azienda, in pari misura per l'azienda "cedente" e per l'azienda "acquirente", precisava, altresì, i c.d. "giustificativi di costi"; questi ultimi sono stati poi integrati dalla DGR n. 1671 del 9.09.2016.

Le aziende, nei singoli piani, hanno fornito l'evidenza degli elementi di costo della manovra del personale dipendente 2016, da cui risulta che è stato rispettato l'obiettivo di costo del personale dipendente 2016, tenuto conto dei giustificativi di costi.

CONTRATTI ATIPICI E PERSONALE SOMMINISTRATO

Le aziende hanno fornito l'evidenza dei contratti atipici nonché del personale con rapporto di somministrazione alla data del 31.12.2016.

Alla data del 31.12.2016 risultano in forza nelle singole aziende ed enti del SSR i seguenti rapporti di somministrazione:

AZIENDE	rapporti somministrazione al 31/12/2016	RUOLO	RUOLO	RUOLO	RUOLO
		SAN	AMM	PROF	TEC
ASUI TS	17	0	16	0	1
ASUI UD	44	17	8	0	19
AAS 2	44	9	5	0	30
AAS 3	11	0	4	0	7
AAS 5	77	33	21	0	23
BURLO	9	0	8	0	1
CRO	23	4	4	0	15
EGAS	14	0	14	0	0
totale	239	63	80	0	96

Il dato riferito ai rapporti di somministrazione rappresenta forza lavoro in aggiunta al numero di unità complessive di personale dipendente del SSR a tempo determinato e indeterminato alla data del 31.12.2015 pari a 19.923 (a decorrere dal 1.01.2015 il dato dei somministrati non rientra nei monitoraggi del personale dipendente).

RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2016

Le intese regionali sulle risorse aggiuntive (c.d. RAR), sottoscritte nell'anno 2016, per il personale del comparto e della dirigenza, hanno definito il valore delle risorse assegnate a ciascuna Azienda ed Istituto del Servizio Sanitario Regionale per tale esercizio.

Sulla base di quanto previsto dalle direttive di chiusura 2016 (nota Direzione Centrale Salute Integrazione Socio-Sanitaria Politiche Sociali e Famiglia prot. n. 7559 del 14 aprile 2017) le Aziende hanno predisposto la rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive distintamente per le tre aree contrattuali sia in termini economici (allegati nn. 1, 4 e 7 alle direttive) che di progettualità (allegati nn. 2, 3, 5, 6, 8, 9, alle direttive).

Le tabelle relative alla "rendicontazione economica" riportano il riepilogo dei dati forniti dalle Aziende/Istituti, secondo le indicazioni stabilite nella nota sopra citata e contenenti il dettaglio degli importi assegnati, di quelli liquidati al 31 dicembre 2016, del loro impegno, degli eventuali residui degli anni precedenti e la quantificazione del liquidato degli stessi al 31 dicembre 2016, degli estremi delle eventuali risultanze finali del Collegio dei Sindaci, dell'evidenza degli obiettivi e dei risultati conseguiti così come approvati dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

Per le tre aree contrattuali dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 e dell'Azienda Sanitaria Universitaria di Udine, la quantificazione delle risorse regionali aggiuntive, assegnate per l'anno 2016, ha subito delle variazioni in conseguenza del trasferimento delle funzioni e delle attività trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 dall' Azienda Sanitaria Universitaria di Udine.

Di un tanto si è dato evidenza nelle tabelle relative alla "rendicontazione economica" di cui agli allegati nn. 1,4 e 7.

Occorre ricordare che a seguito dell'entrata in vigore della c.d. legge Brunetta (25.06.2008), nel corso del 2008, si è reso necessario fornire indicazioni di raccordo per l'applicazione dell'articolo 71 della citata legge ai fini della rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive. Tali indicazioni sono state confermate anche per il 2016 richiamandosi in particolare le regole per la gestione dei risparmi derivanti dall'articolo 71, comm1, del testo coordinato del DL 112/2008 e della L. 133/2008 nelle ipotesi di assenze per malattia del pubblico dipendente.

Conformemente a quanto stabilito, le Aziende hanno rendicontato l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali del 2016 al lordo della trattenuta di cui all'articolo 71, comma 1, in quanto il valore concreto delle economie può essere quantificato solo dopo aver liquidato l'esercizio 2016.

Per effetto di quanto sopra si fa quindi presente che la rendicontazione economica delle risorse regionali aggiuntive 2016 del personale del comparto e dell'area della dirigenza, di seguito illustrata, viene rappresentata al lordo delle trattenute effettuata in applicazione dell'articolo 71 del DL 112/2008 convertito nella L. n. 133/2008.

Area contrattuale del Comparto

La DGR n. 579 del 08 aprile 2016 ha approvato l'intesa sottoscritta il 04 aprile 2016 tra l'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia , e le OO.SS del comparto riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale del comparto nell'anno 2016.

L'accordo regionale, oltre a confermare quote e vincoli stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con DGR n. 576/2012 ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dell'importo complessivo € 15.727.529,07 per il 2016 al netto di qualsiasi onere.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, stabilito che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 08.04.2016. In proposito è stato chiesto alle Aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale";
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ;
- IRCCS Burlo Garofolo;
- Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi.

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata di € 15.727.529,07, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato alla data del 31.12.2016 risorse pari ad € 9.197.852,70 con la conseguenza che, alla medesima data, residuano risorse pari ad € 6.529.676,37

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

- risorse pari ad € 8.811.703,54 per gli obiettivi di cui al Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con D.G.R. n. 576/2012, confermati anche nell'intesa del 04 aprile 2016 di cui :
 - 1) € 4.926.282,77 quale quota impegnata per personale turnista;
 - 2) € 3.269.883,82 quale quota impegnata per lavoro notturno e festivo;
 - 3) € 316.760,55 quale quota impegnata per personale ota/oss;
 - 4) € 298.776,40 quale quota per coordinatori e tutor.
- risorse pari ad € 4.173.525,13 per gli obiettivi regionali da perseguire in via prioritaria;
- risorse pari ad € 2.721.759,10 demandati alla contrattazione integrativa aziendale per obiettivi strategici in raccordo con la programmazione regionale e i piani attuativi aziendali non direttamente correlati alle priorità regionali.

per un totale di risorse regionali aggiuntive impegnate pari ad € 15.706.987,77 risulta, invece, non impegnato un importo di RAR pari ad € 20.541,30 queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 04 aprile 2016 (punto 5, pagina 9 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito oltre alla rendicontazione economica anche quella progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (processi di riorganizzazione; assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria; interventi sociosanitari; percorsi di riabilitazione; qualità delle cure; contenimento dei tempi di attesa); come sopra detto, risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 4.173.525,13 di rar prioritariamente correlate ad obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse, come detto, è stato impegnato un importo complessivo pari € 2.721.759,10.

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

In sede di sottoscrizione dell'accordo del 4.04.2016 - per effetto di una mancata valorizzazione del sistema informativo INSIEL di una particolare voce correlata al disagio "maggiorazione su indennità di presenza 12 ore) riferita al personale ex AAS 4 transitato verso l'AAS 3 (San Daniele e Codroipo) e a parte del personale dell'ex AAS 4 - una quota complessiva di risorse regionali aggiuntive pari ad € 201.777,00 di cui € 111.668,48 di competenza dell'AAS 3 e € 90.108,52 di competenza dell'ex AAS 4 anziché essere assegnate alle citate aziende, sono state distribuite a tutte le aziende ed enti del SSR incrementando la quota pro-capite legata agli obiettivi generali.

Con DGR n. 2023/2016 gli importi di cui sopra sono stati assegnati all'ASS 3 e all'ASUI UD, in aggiunta alle risorse già stanziare.

Area contrattuale della Dirigenza

Per quanto riguarda l'area della dirigenza del SSR, l'importo di risorse regionali aggiuntive complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2016 è stato pari ad € 7.330.736,27 al netto degli oneri riflessi.

La trattativa inerente le risorse per il personale medico e veterinario, anche nel 2016, si è svolta separatamente da quella riguardante il personale della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa.

Area contrattuale della Dirigenza medica e veterinaria

Relativamente alla dirigenza medica e veterinaria, la DGR n. 990 del 01 giugno 2016 ha approvato l'intesa sottoscritta il 24 maggio 2016 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia, e dalle OOSS delle dirigenza medica e veterinaria riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza medica e veterinaria del SSR nell'anno 2016.

L'assegnazione per l'anno 2016 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 6.189.782,27 al netto degli oneri riflessi.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, stabilito che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 01.06.2016. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale";
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ;
- IRCCS Burlo Garofolo;

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31 dicembre 2016 € 1.400.479,00. Residuano, pertanto, alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari a € 4.789.303,27.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito sia la rendicontazione economica che progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (processi di riorganizzazione; percorsi di riabilitazione; qualità delle cure; interventi socio –sanitari; contenimento dei tempi di attesa; progettualità per le malattie cardiovascolari).

Risulta che le Aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 4.250.643,52 di rar prioritariamente correlate ad obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a € 1.924.711,83.

Rispetto alle risorse complessivamente assegnate, risulta non impegnato a livello regionale l'importo di € 14.426,92.

Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 24 maggio 2016 (Punto 3, n. 3 di pagina 7 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Area contrattuale della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Per quanto attiene al personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa SPTA, la DGR n. 991 del 01.06.2016 ha approvato l'intesa sottoscritta il 10 maggio 2016 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia e dalle OOSS delle dirigenza SPTA riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo nell'anno 2016.

L'assegnazione per l'anno 2016 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 1.140.954,00 al netto degli oneri riflessi.

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31 dicembre 2016 la somma di € 70.972,00. Residuano, pertanto, alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari a € 1.069.982,00.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, stabilito che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 2 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 2 mesi dalla data del 01.06.2017. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

Risultano avere sottoscritto nel rispetto dei 2 mesi i rispettivi contratti integrativi aziendali le seguenti aziende:

- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ;
- IRCCS Burlo Garofolo;
- Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito sia la rendicontazione economica che progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (processi di riorganizzazione; percorsi di riabilitazione; qualità delle cure; interventi socio – sanitari; contenimento dei tempi di attesa; contenimento spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco; revisione dei processi e semplificazione amministrativa).

Risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 963.516,49 di RAR prioritariamente finalizzate agli obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a € 173.314,58 ed è data evidenza degli obiettivi progettuali correlati a tali risorse.

Rispetto alle risorse complessivamente assegnate, risulta non impegnato a livello regionale l'importo di € 4.122,93. Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 01 giugno 2016 (Punto n. 3 di pagina 7 dell'accordo), dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Risorse aggiuntive per il personale - esercizio 2016

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2016 ALLEGATO 1													
AZIENDA	quota assegnata da accordo 04 aprile 2016 (ultima colonna tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2016	Residuo al 31.12.2016	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE					RISORSE NON IMPEGNATE	
				Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2016		quota per personale turnista	quota per lavoro notturno e festivo	quota per personale ota/oss	quota per coordinatori e tutor	quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. Reg.le e i piani attuativi aziendali	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	2.633.956,50	1.479.591,29	1.154.365,21	1.208.130,00	1.101.726,47	106.403,53	811.065,73	622.203,72	24.699,88	21.621,96	251.222,00	898.026,00	5.117,21
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli*	1.716.317,10	863.510,43	852.806,67	1.345.451,52	990.491,39	354.960,13	591.887,64	331.951,12	26.221,66	7.000,00	744.320,72	-	14.935,96
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	2.850.884,37	1.824.032,24	1.026.852,13	2.121.666,06	1.120.506,67	1.001.159,39	794.794,26	627.947,98	57.156,69	45.964,44	409.770,00	915.251,00	
ASUI Trieste	3.467.841,43	1.879.625,35	1.588.216,08	1.203.125,07	1.191.252,04	11.873,03	1.069.375,78	711.739,17	99.538,19	77.000,00	1.292.312,29	217.876,00	
ASUI Udine**	3.996.400,24	2.622.272,00	1.374.128,24	-	-	-	1.257.694,00	912.479,00	98.304,00	141.840,00	1.065.921,00	520.162,24	-
Burlo Trieste	583.700,16	425.985,37	157.714,79	6.984,92	-	6.984,92	345.864,73			-	237.347,30		488,13
CRO Aviano	338.898,99	102.836,02	236.062,97	217.035,91	209.687,17	7.348,74	55.600,63	63.562,83	10.840,13	5.350,00	153.101,54	50.443,86	-
EGA.S.	139.530,28	-	139.530,28	291,66	-	291,66	-	-	-	-	19.530,28	120.000,00	-
TOTALE	15.727.529,07	9.197.852,70	6.529.676,37	6.102.685,14	4.613.663,74	1.489.021,40	4.926.282,77	3.269.883,82	316.760,55	298.776,40	4.173.525,13	2.721.759,10	20.541,30

* AAS 3: oltre alla quota assegnata pari a € 1.712.653,10 sono stati rendicontati ulteriori 3.664,00 in quanto RAR trasferite da ASUI UD.

Con dgr 2249 del 2016 è stata stanziata a favore di aas 3 una ulteriore somma destinata a incentivi tunisti pari a : 111.668,48 € che è stata così impegnata:

- 69.569,46 : quota personale turnista;

- 39.016,97: quota per lavoro notturno e festivo;

- 3.082,05: quota per personale ota/oss

** ASUI UD: alla quota assegnata, pari a € 4.000.064,24 sono stati detratti € 3.664,00 in quanto RAR trasferite ad AAS 3

Con dgr 2249 del 2016 è stata stanziata a favore di asui ud una ulteriore somma destinata a incentivi tunisti pari a : 90.108,52 € che l'azienda dichiara di non aver impegnato

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive
Personale del Comparto - Esercizio 2016
ALLEGATO 2**

AZIENDA	quote 216 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	251.222,00	importo impegnato nei seguenti 51 obiettivi: 1.000,00: gestione personale laboratorio analisi e centro trasfusionale; 1.000,00: riorganizzazione logistica H di Palmanova; 10.776,00: revisione carichi di lavoro dell'attività chirurgica; 10.776,00: garantire l'assistenza notturna nella medicina riabilitativa; 2.700,00: riforma delle erogazioni dell'assistenza protesica; 10.800,00: consolidamento e mantenimento del servizio di consulenza infermieristica; 2.100,00: presa in carico del paziente neoplastico; 4.950,00: attivazione percorso di simultaneous care; 34.490,00: sviluppo protocolli aree chirurgiche; 6.990,00: sperimentazione reperibilità endoscopica gorizia e monfalcone; 2.040,00: odontoiatria sociale; 1.230,00: attività equipe infermieristica per trattamento chirurgico dell'obesità patologica; 2.310,00 istituzione ambulatorio infermieristico in ambito pneumologico; 720,00: riduzione carico morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili nei pazienti detenuti; 3.270,00: tracciabilità percorso TAO/NAO; 7.800,00: avvio percorso formativo cardiologia e terapia intensiva; 1.020,00: centrale operativa 118 unica; 4.920,00: attivazione percorso simultaneous care; 1.650,00: attivazione linea gestionale cardiologia riabilitativa; 1.920,00: completamento percorso di gestione chirurgico riabilitativa della persona obesa; 1.200,00: coperura trasporto pediatrico; 10.500,00: programma screening metabolico del neonato; 5.000,00: mantenimento liste di attesa per mammografie, TC; 6.750,00: riorganizzazione offerta dei servizi sanitari e sociosanitari dei consultori familiari; 1.020,00: riabilitazione patologie a esordio infantile (protocollo con Gervasutta); 1.020,00 prevenzione conseguenze del cammino a punta in bambini con spettro acustico; 1.500,00: favorire la lettura in bambini con bisogni comunicativi speciali; 3.510,00: intervento precoce in bambini con lo spettro acustico da 0 a 6 anni; 2.400,00: riduzione carico morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili nei pazienti detenuti; 20.700,00: prevenzione incidenti domestici; 6.900,00: percorso ass.lesioni vascolari; 3.600,00: progetto "mappatura della fragilità"; 7.500,00: attività ERICA distretto est/ovest; 6.900,00: percorso ass.le su lesioni vascolari; 3.600,00: mappatura "fragilità" scheda PRISMA 7; 1.170,00: inserimento utenza in strutture residenziali e semiresidenziali; 1.170,00: prassi operative per le valutazioni medico legali; 3.120,00: gestione terapie farmacologiche; 2.000,00: uniformare procedure per riscossione sanzioni e tariffe ex DL 194/08; 5.400,00: riduzione dei tempi di rilascio delle NIA/VIA; 6.000,00: indagini infortunio sul lavoro; 600,00: verifica impianti natatori; 500,00: procedimenti di igiene tecnica; 1.800,00: attività di gestione di controllo delle specifiche fungine; 1.000,00: nuova struttura centri di costo; 6.000,00: epidemiologia qualità rischio clinico e controllo di gestione; 8.000,00: attivazione LUI per interni H Palmanova e Latisana -sito unico web - percorso gravidanza - personalizzazione lettera di dimissioni; 1.000,00: unificazione procedure di liquidazione; 2.000,00: centralizzazione funzioni logistiche farmacie H; 1.000,00: centralizzazione allestimento galenico; 9.600,00: piano regionale controlli
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare -Medio Friuli	744.320,72	importo impegnato nei seguenti 10 obiettivi: 130.005,57: processi di riorganizzazione; 3.932,47: qualità delle cure; 35.000,00: qualità delle cure; 9.612,69: interventi sociosanitari; 43.694,06: ass. domiciliare in ass. primaria; 8.738,81: mantenimento postazione 118 tarvisio; 15.292,92: piani di lavoro continuità ass.le; 26.216,44: valutazione pazienti dimessi da po, sd e t; 17.477,62: mantenimento piani di lavoro piattaforma salute mentale; 454.350,14: processi di riorganizzazione (impiantistica-sicurezza lavoro- controlli ufficiali aree veterinarie-sedute vaccinali-abbattimento liste attesa commissioni invalidi civili-coninuità ass. le piattaforma ambulatoriale - piani di lavoro screening colon retto- funzione direzione medica pogemona- piattaforma emergenza s.daniele - realizzazione peu; piattaforma emergenza tolmezzo- piattaforma degenze internistiche-chirurgiche-materno infantile-presa in carico pazienti ambulatoriali acuti-introduzione nuovo atto aziendale-turnazione nel periodo estivo
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	409.770,00	importo impegnato sui seguenti 38 obiettivi: 54.185,00: attività operatoria; 7.500,00: cure odontostomatologiche a pazienti disabili; 3.000,00: accreditamento PMA; 36.810,00: nuovo sistema informativo di laboratorio; 10.950,00: adeguamento ai cambiamenti informatici e mantenimento attività; 18.480,00: adeguamento nuovo gestionale medicina di laboratorio; 2.800,00: adeguamento nuova versione gestionale di medicina trasfusionale; 27.000,00: apertura SIF in giornate prefestive sulle due sedi; 30.000,00: supporto ai percorsi di sviluppo e riorganizzazione; 4.200,00: garanzia attività in carenza di organico; 7.200,00: attività rischio clinico; 10.200,00: controllo prestazioni svolte in altra sede-SDO-ricerca clinica-continuità cure-gestione archivio e appalti; 7.200,00: governo dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale; 11.000,00: applicazione nuovo atto aziendale; 1.500,00: prevenzione rischio infettivo; 1.500,00: progetto ABF regionale; 7.500,00: supporto attività rischio clinico per rete cure palliative- servizi semiresidenziali; 2.000,00: gestione situazioni criticità/rischio "residenti" nel penitenziario; 27.000,00: documentazione ass.le integrata nei setting di cure intermedie; 4.500,00: riorganizzazione lavoro e competenze nella SOC affari generali e legali; 3.420,00: riorganizzazione percorso reclami/segnalazione degli H e agg. sito internet; 10.875,00 atti propedeutici all'applicazione dell'atto aziendale; 9.000,00: implementazione attività a fronte di ridistribuzione attività da egas, soc appr. e logistica e economico finanziario; 9.600,00: riabilitazione territoriale distrettuale; 1.350,00: ampliamento orario apertura al pubblico magazzini ausili distrettuale; 30.300,00: garanzia valutazione valgraf; 7.750,00: recupero ausili per incontinenza; 3.000,00: analisi processi operativi/attività PJA e AFIR; 900,00: ampliamento offerta oraria al pubblico servizio AFIR; 1.200,00: rotazione operatori per attività del PJA e AFIR; 18.000,00: garanzia attività nei diversi setting; 3.750,00: programmi terapeutici personalizzati; 8.100,00: interventi a favore di immigrati; 1.500,00: promozione delle vaccinazioni; 1.500,00: sorveglianza PASSI; 8.800,00: garanzia attività in situazioni di criticità/emergenza; 9.000,00: budget salute; 7.200,00: mantenimento attività in carenza di organico e registrazione giornaliera nel G2 clinico

AZIENDA	quote 216 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
ASUI Trieste	1.292.312,29	<p>importo impegnato sui seguenti 113 obiettivi: 287968,29: mantenimento LEA per assenze nel periodo estivo;22.350,00: inventario comune per manutenzione parco apparecchiature; 2.390,00: unificazione uffici per attività di distribuzione del trattamento accessorio; 1.850,00: regolamento unico orario di lavoro; 2.265,00: elaborazione tabella unificata STR-DIP-UNI-MOD; 2.810,00: utilizzo sistema "GIUPE" per ufficio trattamento giuridico; 1.300,00: gestione unificata dei badge e degli UPG; 4.655,00: verifiche funzionalità delle procedure stipendiali; 2.680,00: nuovo regolamento per incarichi di coordinamento; 41.660,00: logistica del Magazzino; 5.060,00: ottimizzazione della gestione del patrimonio; 7.660,00: completamento azioni amm.ve (migrazioni siti istituzionali); 4.500,00: razionalizzazione archivi; 5.240,00: monitoraggio pertinenze esterne degli H; 15.920,00: censimento e raffronto delle attività SC Affari generali; 2.130,00: ricognizione patrimonio immobiliare; 2.070,00: regolamento per il patrocinio legale; 1.780,00: analisi procedure di protocollazione; 740,00: revisione procedure 118; 4.940,00: revisione procedure gestione rifiuti; 26.825,00: adeguamento infrastrutture tecnologiche; 20.080,00: unificazione procedure SC contabilità, finanza e controllo; 2.220,00: monitoraggio indicatori sanitari dei MMG; 2.220,00: mantenimento flussi informativi direzionali; 6.220,00: analisi richieste di informazione ai cittadini; 1.360,00: revisione modulistica; 13.200,00: tempestività dell'assistenza e recupero precoce; 2.960,00: monitoraggio incidenza di lesioni da pressione;4.440,00: censimento competenze tecniche e relazionali; 6.060,00: riorganizzazione laboratorio analisi; 370,00: valutazione pazienti ricoverati a Pneta del Carso; 3.104,00:formazione interna alla struttura; 580,00: verifica anagrafiche; 10.375,00: aggiornamento procedure operative di sicurezza; 1.068,00: unificazione procedure amm.ve gestione del personale; 816,00: garanzie in merito alle richieste dell'utenza interna/esterna; 6.660,00: supporto attività di accreditamento istituzionale; 10.280,00: protocollo per trattamento endoscopico; 10.810,00: presa in carico proattiva ricoverati; 33.990,00: qualità compilazione della cartella; 1.500,00: tempestiva refertazione screening mammografico; 15.540,00: garantire attività programmate nel complesso operatorio; 12.950,00: garanzia prestazioni radiologiche da PS; 58.720,00: diminuzione lesioni da pressione nella Medicina;17.500,00: presa in carico pazienti dimessi; 28.470,00:presa in carico persone affette da patologie nefrologiche; 22.200,00:mantenimento certificazione ISO 9001:2008 e ISO9001:2015;5.500,00:trasferimento attività oculistica nuova sede; 8.600,00: ristrutturazione parte anamnestica infermieristica; 16.980,00: miglioramento tecniche gestione cateteri; 15.540,00: applicazione cuffia per raffreddamento cuoio capelluto; 8.150,00: diffusione nuova modulistica per rich. esami cito/istologici; 3.330,00: piano perineale; 7.215,00: presa in carico operati al femore; 11.120,00: mantenimento numero "dimissioni protette"; 33.678,00: urgenza interventi chirurgici sulle fratture; 8.890,00: consolidamento percorso clinico ass.le; 11.322,00: attività chirurgica su pazienti con disturbi di identità di genere; 15.873,00: monitoraggio posto operatorio in ch.plastica; 720,00: presa in carico paziente oncologico; 2.390,00: assistenza domiciliare; 24.750,00: riorganizzazione SC Ch. generale;60.225,00: revisione protocolli hub per gestione STEMI e NSTEMI; 11.720,00: lettera dimissioni cardioc.; 3.024,00: riorganizz. attività in sala operatoria; 7.511,00: supporto attività ch. emergenza mattutina; 19.129,00: procedure interven. di alta complessità: supporto Sc cardiologia; 16.100,00: percorso di cura del paziente; 2.960,00: indagine prevalenza sul dolore; 17.940,00: revisione cartella infermieristica; 11.115,00: ottimizzazione sale operatorie Maggiore; 1.515,00: parametrizzare sistema informatico di laboratorio; 1.110,00: laboratorio spoke al Burlo;555,00: ottimizzazione attività Sc Microbiologia; 1.665,00: realizzazione piattaforma informatica PoCt; 16.095,00: automazione corelab; 555,00: test diagnostici; 3.885,00: screening infezioni urinarie; 2.220,00: istruzioni operative 118; 4.040,00: presa in carico infermieristica pazienti con scompenso cardiaco; 3.840,00: aumento offerta prestazioni medicina dello sport; 1.480,00: correttezza gestione amm.va; 1.575,00: erogazione incentivo e rimborsi; 7.125,00: individuazione inserimento lavorativo disabili; 5.080,00: presa in carico persone con diabete; 1.110,00: applicazione nuovo calendario vaccinale; 3.848,00: presa in carico persone in continuità ass.le; 22.659,00: continuità ass.le H/territorio; 2.220,00: accessi integrati bambini /adolescenti; 1.480,00: rispetto procedure comuni per i minori; 2.775,00: continuità ass.le; 4.810,00: presa in carico domiciliare riabilitazione; 22.347,00: continuità ass.le medicina e ch. generale; 1.850,00: consolidamento rete continuità ass.le; 3.885,00: accessi integrati con altre strutture bambini/adolescenti; 3.848,00: presa in carico persone in continuità ass.le distretto 3; 1.665,00: evitare accessi impropri al PS a persone con dipendenza da alcool; 24.674,00: continuità ass.le dialisi, mediche e ch. generale; 1.665,00: accessi domiciliari per persone dimesse dalla RSA S. Giusto;370,00: incremento n.° sedute vaccinali; 1.850,00: continuità ass.le pazienti con patologie di lunga durata; 1.110,00: nuovo calendario vaccinale Distretto 3; 1.665,00: accessi integrati altre strutture bambini/adolescenti Distretto 3; 5.291,00: presa in carico a domicilio Distretto 4; 23.712,00: continuità ass.le H/territorio; 1.665,00: nuovo calendario vaccinale Distretto 4; 1.850,00: continuità ass.le; 370,00: individuazione case manager; 1.110,00: almeno 20 accessi integrati con altre strutture bambini/adolescenti; 2.220,00: incremento adesione consapevole ai vaccini; 2.900,00: riportare tempi di attesa a un mese (dip. di prevenzione);26.450,00: visite domiciliari per valutazione bisogni ass.li</p>
ASUI Udine	1.065.921,00	<p>importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: 379.691,00: processi di riorganizzazione; 43.129,00: assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria; 36.296,00: interventi socio-sanitari; 7.460,00: percorsi di riabilitazione; 476.895,00: qualità delle cure; 121.820,00: contenimento tempi di attesa</p>
Burlo Trieste	237.347,30	<p>importo impegnato sui seguenti 31 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 6.984,92 quale residuo RAR 2015: 80.000,00: accreditamento istituzionale; 80.000,00: continuità servizi assistenziali; 444,00: assicurare organizzazione amm.va e verbalizzazione dei Comitati/Consigli Sanitari; 1.480,00: supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria: 1.110,00: per riorganizzazione attività di laboratorio - 1.443,00: per verifica dati PNE - 259,00: per revisione documentazione dei Centri regionali - 592,00: per coordinamento attività correlate agli screening neonatali; 518,00: per elaborazione e applicazione dei protocolli di continuità ass.le; 20.165,00: riduzione tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali; 16.465,00: riduzione tempi di attesa prestazioni chirurgiche; 13.000,00: assicurare la continuità delle cure in urgenza; 3.330,00: progetto continuità gestionali dei coordinatori; 1.850,00: assicurare il trasporto neonatale; 999,00: riorganizzazione attività relative alla sicurezza nei luoghi di lavoro; 481,00: controllo apporto cucina; 370,00: supporto attività inerenti la sorveglianza sanitaria; 1.110,00: manutenzione presidi e ausiliiper movimentazione e trasporto ; 4.810,00: progetto accreditamento jacie trapianti di midollo; 1.850,00: assicurare riprese di attività infermieristica volte alla formazione a distanza; assicurare presenza ad eventi pomeridiani o nei giorni festivi e prefestivi: 1.848,00 per personale presso ufficio formazione- 1.110,00: per personale presso URP- 738,22: per personale presso segreteria direzione strategica; 1.480,00: accordo con università per attuazione protocollo Regione FVg - Università di Ts; 2.960,00: adempimenti attuativi del nuovo atto aziendale; 1.110,00: redazione regolamento attività esterne; 1.665,00: adempimenti per l'assegnazione delle progressioni economiche orizzontali; 962,00: concorso regionale ostetriche; 888,00: recupero crediti; 1.110,00: ricognizione del patrimonio nell'ambito delle immobilizzazioni; 185,00: supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria per bilancio sociale della ricerca</p>

AZIENDA	quote 216 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
CRO Aviano	153.101,54	importo impegnato sui seguenti 29 obiettivi: 4.424,90: riduzione tempi di attesa per biopsie e TAC guidate; 2.654,94: impatto della PET-CT con F-colina nelle neoplasie della prostata; 19.912,05: pianificazione avanzata trattamento radioterapico; 3.097,43: gestione esternalizzata archivio cartelle; 8.849,80: gestione orario di lavoro attraverso SSD; 3.539,92: adozione comportamenti e valori dell'infermiere basati sull'human caring; 442,49: rischio clinico; 1.769,96: trasferimento funzioni ass.li da AAS 5 a CRO; 2.212,45: soluzione informative per gestione SSD orario di lavoro; 2.212,45: accreditamento Jacie; 2.212,45: gestione attività su più piattaforme; 1.327,47: riduzione tempi di attesa trattamento chemioterapico; 884,98: qualità delle cure; 2.212,45: formazione studenti - oss; 5.752,37: formazione personale di supporto quale secondo operatore di sala operatoria nelle aree a bassa complessità; 3.982,41: accreditamento regionale; 8.407,31: gestione CVC in anestesia, rianimazione, terapia intensiva; 12.389,72: partecipazione corso e conferimento dei rifiuti nelle diverse aree; 4.424,90: ricerca e analisi in merito alla gestione della CVC clinica; 1.327,47: apertura ambulatorio della riabilitazione in carenza di organico; 7.964,82: supporto e impegno personale alle degenze chirurgiche; 7.964,82: affiancamento personale neoassunto nelle degenze chirurgiche; 3.539,92: produzione doc. informativi per i pazienti; 23.009,48: potenziamento flessibilità gestione del "Know-how" su una piattaforma e 7.964,82 per gestione "Know-How" su più piattaforme; 2.654,94: attuazione accordo integrato CRO - AAS 5 per attività donatori; 4.867,39: sostegno attività segretariali e ausiliarie in chiave dip; 442,49: implementazione gestione liquidazioni
EGA.S.	19.530,28	importo impegnato nei seguenti 4 obiettivi: 6.990,00: processi riorganizzazione anticorruzione; 10.650,00: processi di riorganizzazione atto aziendale; 1.350,00: processi di riorganizzazione CUP Regionale; 540,00: processi di riorganizzazione tecnologie
TOTALE	4.173.525,13	

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive
Personale del Comparto - Esercizio 2016
ALLEGATO 3**

AZIENDA	quote 2016 demandate alla CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	898.026,00	<p>importo impegnato nei seguenti 84 obiettivi: 1.500,00: attività CUP cassa; 2.100,00: attività CUP in carenza di organico; 14.240,00: accessibilità laboratorio palmanova e latisana; 20.000,00: accorpamento sala operatoria ginecologica al blocco centralizzato; 12.700,00: attuazione percorsi brevi di collaborazione col medico; 10.200,00: trasporto pazienti; 9.800,00: identificazione paziente critico PS; 28.400,00: carico di lavoro ass.le; 30.400,00: carico di lavoro ass.le in carenza di organico; 15.000,00: volume attività chirurgica; 5.730,00: prelievo organi; 1.610,00: processi ass.li ambulatorio, pre-ricovero-day H; 1.710,00: trasporti secondari; 3.540,00: coperura urgente turni in PS; 57.600,00: gestione carico di lavoro; 13.950,00: formazione multidisciplinare; 810,00: lista operatoria ortopedia; 33.700,00: accessi in PS (percorsi collaborazione con medici); 8.610,00: integrazione cardiologia e Terapia intensiva; 3.600,00: assistenza nelle sedute ORL; 1.400,00: trattamento antiputrefattivo; 2.700,00: copertura inf. IVG; 3.000,00: attività in carenza di organico; 900,00: controllo su LP; 1.500,00: supporto PACS; 3.000,00: ass. medicina del dolore; 8.650,00: guradia estiva serale latisana e attività in assenza di organico; 3.200,00: ass. inf. mammografia; 17.100,00: nuova TAC, 7.800,00: riscontri diagnostici malattie prof.ii; 21.000,00: rispetto tempi refertazione; 3.600,00: attivazione nuove strumentazioni; 510,00: ricognizione minori spettro autistico; 58.000,00: carico lavoro e maggior impegno ass.le; 12.300,00: attività amm.va in carenza organico; 900,00: attività amm.va per assistiti stranieri; 1.350,00: servizi sanitari per assistiti a lignano; garanzia standard ass.le: 14.000,00; 1.800,00: procurament tessuti oculari; 13.800,00: sorveglianza malattie infettive; 900,00: contenimento tempi di attesa; 6.990,00: mappature imprese alimentari attive; 2.000,00: collaborazione con strutture anziani; 900,00: formazione personale addetto a distribuzione alimenti; 1.500,00: arretrato sanzionatorio; 32.100,00: classificazione ICF; 2.000,00: revisione agende specialistiche; 3.000,00: censimento ISTAT; 1.000,00: progetto cure primarie CERGAS Bocconi; 1.500,00: finanziamento piani investimento attivi; 1.000,00: dematerializzazione fatture elettroniche; 1.250,00: progetto H latisana; 1.000,00: adeguamento anticendio; 1.250,00: accreditamento ginecologia e ostetricia Palmanova; 36.000,00: progressioni orrizzontale - attività in carenza organico; 2.000,00: dematerializzazione busta paga; 14.000,00: 730 on line-gestione stipendi- dematerializzazione fatture; 20.000,00: eventi ECM- sicurezza RSA- proposte concessione servizi SIRAM; percorso gravidanza-nuovo regolamento per acq. lavoro, beni e servizi; 7.000,00: fabbisogno personale SAPS; 4.000,00: distribuzione diretta farmaci ad alto costo; 4.000,00: distribuzione diretta alle case di riposo; 1.000,00: fabbisogno farmaci; 1.000,00: gestione VAC- therapy; 1.000,00: modalità erogazione area monfalcone; 3.000,00: attività amm.ve del servizio farmaceutiche; 1.000,00: liquidazione fatture; 1.000,00: controlli tecnici contabili delle ricette; 50.376,00: gestione informatizzata per utilizzo car pooling; 1.000,00: tutela legale contenziosi; 2.000,00: creazione databse sinistri rct; 1.000,00: adeguamento regolamenti cessate aziende con i nuovi; 1.000,00: convenzioni con amministrazioni e associazioni; 2.000,00: recupero crediti; 2.000,00: medicina specialistica; 2.500,00: applicazione accordi regionali MMG; 1.000,00: elaborazione titolario doc. az; 2.500,00: punti protocollazione in attivo azionedale; 1.000,00: resp. anticorruzione; 1.000,00: resp. trasparenza; 1.000,00: ufficio stipendi; 6.000,00: regolamenti per formazione ECM; 2.000,00: call center informativo per concorso oss; 46.650,00: garanzia turni in carenza organico per verifica esenzioni della compartecipazione alla sepsa sanitaria tramite tessera sanit. - attività referenti centralini - recupero crediti tichet H-utilizzo automezzi az; 180.000,00: richiami in servizio per copertura turni in caso di assenza improvvisa</p>
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare -Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	915.251,00	<p>importo impegnato sui seguenti 41 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 205.000,00 di residui RAR anni precedenti: 400.000,00: garanzia continuità ass.le; nelle diverse strutture h e distrettuali; 5.000,00: garanzia pronta disponibilità fuori sede; 15.000,00: garanzia continuità operativa nei servizi tecnici e amm.vi; 300.000,00: disagio legato al servizio di pronta dispnibilità; 22.890,00: garanzia attività; 58.500,00: mantenimento attività copertura turni; 18.026,00: garanzia fruizione ferie e riposi; 7.440,00: mantenimento attività screening; 2.280,00: garanzia svolgimento TAC S.Vito e Spilimbergo; 5.000,00: garanzie esami con liquido di contrasto; 27.500,00: garanzia continuità ass.le; 21.000,00: turni pronta disonibilità; 60.510,00: flessibilità mantenimento livelli di attività; 15.000,00: garanzia flessibilità livelli di attività; 9.000,00: screening colon retto e pap test; 1.410,00: esami autoptici; 4.035,00: turni aggiuntivi; 5.535,00: garanzia attività personale di supporto; 11.760,00: attività di dialisi per ospiti in vacanza; 2.700,00: garanzia ttività in carenza di organico (addetti trasporto pazienti-DMO S. Vito e Spilimbergo); 10.175,00: attività di recupero crediti; 15.000,00: mantenimento attività personale amm.vo in carenza di organico; 2.500,00: inserimento informazioni su opere pubbliche; 3.600,00: verifica sicurezza impianti elettrici; 10.900,00: garanzia attività giuridiche e economiche in carenza di organico; 2.400,00: gestione AFT applicazione nuovi contratti; 7.500,00: adempimenti di gara urgenti; 17.500,00: garanzia attività farmacie; 3.850,00: gestione tesoreria; 7.500,00: applicazione nuovo atto aziendale 2016 ai sistemi informativi; 7.500,00: sperimentazione ECG territoriali; 6.250,00: nuovo sistema informativo di laboratorio; 1.800,00: commissione controllo farmacie; 3.500,00: correzione errori a presentii in SIAS; 3.000,00: sistemi sorveglianza OKKIO; 1.950,00: prenotazione CUP-WEB; 4.500,00: verifica corretta gestione impianti a Maniago; 1.800,0: campionamento alimenti di origine animale; 5.340,00: controlli su sicurezza alimentare; 9.000,00: controllo su luoghi di lavoro; 2.100,00: attività riscossione proventi dovuti</p>

AZIENDA	quote 2016 demandate alla CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
ASUI Trieste	217.876,00	importo impegnato nei seguenti 17 obiettivi: 1.850,00: accordo e coord. attività amm.ve contabili; 960,00: percorso recupero ticket non corrisposti;6.940,00: avvio compilazione informatizzata della SDO; 5.165,00: rilevazione e monitoraggio delle rich. di dimissione; 61.365,00: garanzia nelle 24 hdella miglior risposta operativa possibile (infermieri, oss, barellieri); 32.040,00: raccolta sangue intero e plasma per mezzo delle unità mobili; 8.201,00: garantire attività programmate nell'ambito del congresso Givre; 14.295,00: garantire lo svolgimento delle chemioterapie; 12.927,00: mantenimento programma supervisione e sorveglianza sanitaria; 11.100,00: garantire la presenza di almeno un infermiere nei luoghi di divertimento e di aggregazione; 11.100,00: garantire continuità ass.le nelle more dell'espletamento delle procedure di esternalizzazione del servizio infermieristico di sanità penitenziaria; 32.708,00: garantire attività accertative di tipo medico legale dip. dipendenze; 2.035,00: censimento verifiche eseguite suddivise per tipologie; 2.960,00: garantire interventi di prelievo nel golfo di Trieste; 5.680,00: riduzione tempi di attesa nell'istruzione delle pratiche sanzionatorie 8Sc igiene e alimenti e SC sanità Pubbl. Veterinaria); 6.660,00: garantire l'implementazione del lavoro in sottoequipe nei CSM 24 h; 1.890,00: redistribuire i carichi di lavoro amm.vo SO DSM
ASUI Udine	520.162,24	obiettivi qualitativi/quantitativi di efficienza e sviluppo derivanti da programmazione aziendale e/o regionale di cui all'accordo integrativo aziendale
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	50.443,86	importo impegnato nei seguenti 21 obiettivi: 2.212,45: garanzia del servizio nei giorni di prolungamento dell'attività delle sale operatorie; 2.212,45: garanzia dei trasporti dei pazienti su lunghe percorrenze e gestione dei locali esequiali; 884,98: riorganizzazione ufficio direzione sanitaria insieme a URP; 442,49: corso di tre edizioni su raccolta differenziata rifiuti; 1.769,96: trasferimento cartelle nosologiche all'archivio OMNIA DOC; 1.327,47: riorganizz.servizio gestione richieste; 1.327,47: applicazione nuovo sistema informatizzato; 2.654,94: comitato etico unico regionale;1.327,47: nuova procedura abbonamenti; 1.769,96: innovazione gestionale; 442,49: nuova metodologia di analisi; 6.194,86: migliorameto gestione presenze in servizio; 5.752,37: miglioramento procedure acquisizione manutenzioni; 3.982,41: attivazione servizi catering per convegni; 2.212,45: riduzione personale a parità di servizio; 4.424,90: applicazione nuovo codice appalti; 884,98: garanzia servizio consegna/ritiro farmaci per urgenze; 884,98: garanzia funzionamento C.T.; 2.654,94: garanzia servizio gestione dei resi; 4.424,90: garanzia mantenimento servizio ass.te TAC operatore cec.
EGA.S.	120.000,00	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: 4.000,00: rar centralizzate: implementazione PACS; 53.000,00: espletamento procedure concorsuali centralizzate; 15.000,00: centralizzazione Provveditorato AAS 3 e ASUI UD in capo a EGAS; 10.000,00: supporto alle attività EGAS; 8.000,00: centralizzazione stipendi e previdenza AAS 3 e ASUI UD in capo a EGAS; 30.000,00: avvio Centrale Operativa Unica 118
TOTALE	2.721.759,10	

**Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
Personale della Dirigenza Medica e Vetrinaria - Esercizio 2016
ALLEGATO 4**

AZIENDA	quota assegnata da accordo 24 maggio 2016 (tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2016	Residuo al 31.12.2016	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IMPORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2016		quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat, in raccordo con progr.reg.le e piani attuat.az.li	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	1.075.115,73	-	1.075.115,73	1.174.448,14	1.164.489,23	9.958,91	402.340,00	672.775,73	
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	641.828,43	-	641.828,43	884.384,25	732.319,50	152.064,75	617.820,00	22.100,00	1.908,43
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	1.160.442,37	759.402,00	401.040,37	1.445.709,06	995.131,45	450.577,61	150.929,01	1.009.513,24	0,12
ASUI Trieste	1.200.972,53	68.000,00	1.132.972,53	1.309.452,31	1.246.096,46	63.355,85	1.083.439,94	116.535,00	997,59
ASUI Udine	1.610.795,00	570.857,00	1.039.938,00	21.035,00	-	21.035,00	1.510.825,00	100.000,00	- 30,00
Burlo Trieste	287.977,43	2.220,00	285.757,43	18.793,35		18.793,35	286.426,65		1.550,78
CRO Aviano	202.650,78		202.650,78	257.228,58	235.150,05	22.078,53	198.862,92	3.787,86	-
EGA.S.***	10.000,00		10.000,00			-			10.000,00
TOTALE	6.189.782,27	1.400.479,00	4.789.303,27	5.111.050,69	4.373.186,69	737.864,00	4.250.643,52	1.924.711,83	14.426,92

* AAS 3: oltre alla quota assegnata pari a € 639.949,84 sono stati rendicontati ulteriori 1.878,59 in quanto RAR trasferite da ASUI UD

** ASUI UD: alla quota assegnata, pari a € 1.612.673,59 sono stati destratti € 1.878,59 in quanto RAR trasferite ad AAS 3

*** EGAS: quota non impegnata per uniformità con le tempistiche di inizio delle attività sanitarie, incompatibile con la realizzazione di progettualità nel corso del 2016 (nota prot. n. 29699 dd 23.12.2016)

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2016
ALLEGATO 5**

AZIENDA	importo quote 2016 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali (escluso screening mammografico);
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	402.340,00	importo impegnato nei seguenti 34 obiettivi: 2.400,00: rispetto tempi di attesa per eco addome,eco collo,eco mammella, mammografia; 3.900,00: coordinamento gruppi di lavoro per attività socio sanitarie integrate; 16.080,00: riclassificazioni residenze per anziani; 1.500,00: presentazione Progetto Adolescenti Sintomatici; 1.500,00: analisi casi in carico di adolescenti sintomatici; 12.000,00: classificazione ICF; 14.400,00: presa in carico persone con disturbo mentale; 19.200,00: valutazione esiti presa in carico persone con disturbo mentale; 4.800,00: presa in carico riabilitativa del p. paziente neoplastico; 3.600,00: ridefinizione prassi operative per la gestione delle terapie farmacologiche; 3.600,00: ridefinizione prassi operative di valutazione medico legale; 4.000,00: mantenimento attività oncologica su 4 sedi ospedaliere; 600,00: riorganizzazione offerta TAC; 12.000,00: erogazione assistenza protesica; 6.000,00: assistenza protesica medicina legale; 17.400,00: proposta riorganizzativa SOC Sanità Pubblica e veterinaria; 12.000,00: mantenimento o offerta visite per rinnovo nuovi anticoagulanti orali; 1.200,00: attivazione linea gestionale cardiologia riabilitativa; 2.400,00: aspetti psicologici nelle cure palliative; 3.000,00: sostituzione canule tracheali a domicilio; 3.000,00: completamento percorso gestione chirurgico riabilitativa persona grande obesa; 7.800,00: attività specialistica domiciliare Distretto Ovest; 3.000,00: supporto referente aziendale per il rischio clinico; 2.400,00: posizionamento PEG e sondini nasogastrici; 6.240,00: espletamento consulenze urgenti richieste in RSA e in Hospice; 9.000,00: attivazione percorso simultaneous care; 3.000,00: sostituzione canule tracheali a domicilio; 9.960,00: gestione emergenze-urgenze area medica; 4.980,00: interpretazione degli ECG eseguiti in urgenza; 4.980,00: controllo utenti in ventiloterapia domiciliare; 15.600,00: obiettivo senologico Latisana; 1.800,00: presa in carico in degenza riabilitativa della persona grande obesa; 18.600,00: prevenzione e sorveglianza malattie infettive; 170.400,00: obiettivo qualità delle cure (autorizzazione e accreditamento strutture H)
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	617.820,00	importo impegnato sui seguenti 12 obiettivi: 20.220,00: attivazione degenze intermedie polifunzionale; 72.000,00: assistenza medica presso casa di riposo di S. Daniele; 7.800,00: visite pazienti in carcere; 1.500,00: attività di accreditatore; 8.880,00: rilevazione su documentazione clinica; 108.000,00: copertura turni secondo il piano di lavoro; 5.400,00: attivazione punto di primo intervento; 81.000,00: presenza secondo medico nelle 12 ore diurne; 283.500,00: assicurare turni notturni e mantenimento orario di lavoro; 3.000,00: realizzazione 8 sedute di endoscopia digestiva; 22.020,00: mantenimento/unremento delle prestazioni codificate con 45.16.45.23.1.45.23.45.24.45.25.45.26.48.23.45.19.1. 4.500,00: realizzazione di un accesso settimanale di 5h per attività cardiologica nel Distretto di Codroipo
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	150.929,01	importo impegnato sui seguenti 12 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 84.230,99.12.000,00: attività ex progetto Maniago (visita cardiologica/ecografia cardiaca); 7.800,00: ECG per la medicina dello sport; 5.760,00: cure odontostomatologiche per pazienti disabili; 1.020,00: attività di fisioterapia; 43.800,00: attivazione nuovo sistema informatico di laboratori; 10.800,00: gestione esami immunematologia a fronte di cambio gestionale; 16.200,00: nuova gestione del gestionale di medicina trasfusionale; 18.480,00: collegamento fra diversi setting del DSM; 15.000,00: programmi terapeutici personalizzati; 17.400,00: screening colon retto; 65.000,00: screening mammografico; 21.900,00: screening colon retto
ASUI Trieste	1.083.439,94	importo impegnato sui seguenti 45 obiettivi: 73.600,00: gestione medica grandi eventi e manifestazioni; 12.150,00: controllo cardiologico entro 30 gg dalle dimissioni; 3.000,00: assicurare turni in presenza nelle RSA; 1.500,00: sviluppo ass. primaria; qualità delle cure: 1.600,00: centro diabetologico distretto 1- 3.200,00: SSD riabilitazione Distretto - 9.000,00: SS Anziani e Residenze RSA S. Giusto Distretto 2 - 1.600,00: centro diabetologico S.Giusto; 3.200,00: SSD Riabilitazione Distretto 2; 1.500,00: sviluppo ass. primaria; 2.000,00: presa in carico centro diabetologico Distretto 3; qualità delle cure: 1.600,00: disturbi comportamento alimentare; 1.650,00: centro diabetologico Distretto 3; 3.200,00: SSD riabilitazione distrettuale; 1.600,00: apertura orario nella sede di Muggia 1 gg a sett. (revisione presidi AFIR); 1.600,00: sviluppo ass. primaria distretto 3; 1.600,00: presa in carico cure palliative distretto 4 Sc Adulti e Anziani; 1.600,00: presa in carico centro diabetologici Distretto 4; 1.600,00: valutazioni geriatriche SS Anziani e Residenze Distretto 4; 3.200,00: qualità delle cure SSD Riabilitazione Distretto 4; 1.600,00: riduzione ricoveri ripetuti per patologie respiratorie; 1.600,00: qualità delle cure SS tutela salute Bambini - Adolescenti Distretto 4; 1.600,00: collaborazione con SS Diabetologia Distretto 4 su paziente con diabete mellito; 26.000,00: garanzia attività accertative medico legale al dip. delle dipendenze; 1.600,00: presa in carico gruppo di persone affette da ludopatia; 1.600,00: garanzia interventi sanità pubb. in tema di migranti; 11.200,00: visite igienistiche su richiesta della prefettura a migranti; 9.000,00: mantenimento/incremento visite ambulatoriali per accertamento invalidità civile; 8.000,00: controlli ufficiali filiera del latte; 2.000,00: attività clinica rivolta a persone accolte nella REMS di Aurisina; 28.000,00: approccio multiprofessionale nell'assistenza domiciliare; 2.000,00: superamento delle strutture residenziali e assistenza personalizzata nei nuovi nuclei abitativi; 30.480,00: revisione protocolli HUB per la gestione in rete di STEMI e NSTEMI; 35.560,00: consolidamento trattamento pazienti con procedure mini-invasive; 7.620,00: riorganizzazione offerta di diagnostica vascolare; 108.670,00: mantenimento guardia medica nosocomiale; 762,00: studio fattibilità in radiologia per diagnosi precoce di neoplasia; 31.100,00: introduzione nuova modulistica per esami cito/istologici; 25.400,00: preparazione esami urgenti che precedono l'intervento chirurgico; 78.499,94 (cui sono state distribuite ulteriori 79.440,06 RAR 2015): riorganizzazione della chirurgia generale; 7.620,00: presa in carico p. più efficiente pazienti con malattia oncologica; 35.560,00: garantire con il 118 il trattamento trombolitico ad almeno 85 pazienti; 33.020,00: aumento dei pazienti in dialisi peritoneale domiciliare; 236.200,00: mantenimento guardia medica nosocomiale (presa in carico pazienti dimessi in attesa di conclusione dell'iter clinico); 17.780,00: attivazione protocollo per trattamento endoscopico; 61.810,00: consolidamento programmi di onco e ortogeriatrica; 35.620,00: conformità di trattamento delle polmoniti batteriche; 38.100,00: rete H HUB-spoke tra asui ts e aas 2 per gestire pazienti pneumologici; 438,00: partecipazione dei professionisti nelle visite programmate in nefrologia e dialisi; 68.000,00: screening mammografico

AZIENDA	importo quote 2016 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali (escluso screening mammografico);
ASUI Udine	1.510.825,00	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 21.035,00 RAR 2015: 118.740,00: processi di riorganizzazione; 480.600,00: qualità delle cure; 19.320,00: interventi socio-sanitari; 744.480,00: contenimento tempi di attesa; 163.920,00: contenimento tempi di attesa cardiologia e cardiocirurgia; 4.800,00: progettualità malattie cardiovascolari
Burlo Trieste	286.426,65	importo impegnato sui seguenti 24 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 18.793,35 di RAR 2015: riduzione tempi di attesa per: 6.000,00: Audiologia e ORL; 7.300,00: Neuropsichiatria - 3.000,00: Oculistica e Strabologia - 19.000,00: Clinica Pediatrica - 2.700,00: Odontostomatologia - 5.400,00: Cardiologia - 4.200,00: Genetica Medica; 900,00: riorganizzazione attività di laboratorio; 4.000,00: riorganizzazione SC Immunopatologia materno fetale e dei trapianti con servizio d'urgenza; 96.000,00: riduzione tempi di attesa per attività chirurgica; 6.000,00: riduzione tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e interventistiche; 6.000,00: riduzione tempi di attesa prestazioni diagnostiche e interventistiche; 6.000,00: riduzione tempi di attesa prestazioni ambulatoriali e chirurgiche; 61.000,00: riduzione tempi di attesa UCO Clinica ostetrica e ginecologica e SC patologia ostetrica; 5.400,00: riduzione tempi di attesa PMA; 15.000,00: mantenimento tempi di attesa in carenza di organico per Radiologia; 7.200,00: supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria; 720,00: revisione documentazione centri regionali da inviare alla DCSISPSF; 4.000,00: verifica dati attività di programmazione; 7.200,00: assicurare le attività di PS in carenza di organico/in incremento di attività; 20.200,00: assicurare il trasporto neonatale; 7.200,00: progetto accreditamento jacie trapianti midollo; 2.400,00: verifica attività Epidemiologia; 7.200,00: assicurare la continuità delle cure in urgenza
CRO Aviano	198.862,92	importo impegnato sui seguenti 14 obiettivi: 24.621,12: pianificazione avanzata del trattamento radioterapico; 5.681,80: messa a regime procedure interventistiche di biopsia; 5.681,80: riduzione tempi di attesa per pazienti in attesa di biopsie TC - guidate; 5.681,80: valutazione impatto PET/CT con F-Colina nella gestione dei pazienti con neoplasia prostatica; 28.408,98: contributo ai processi di certificazione e accreditamento; 37.878,64: riorganizzazione percorso DH medico; 18.939,32: riduzione per i nuovi pazienti per inizio trattamento antineoplastico endovenoso dei tempi di attesa di tre settimane sia in regime di ricovero ordinario che di DH; 11.363,59: assistenza farmaceutica e implementazione dei dati della cartella clinica; 7.575,73: razionalizzare un sistema di prevenzione primaria e, secondaria (monitoraggio manifestazioni tardive malattie cardiovascolari); 18.939,32: riduzione delle prestazioni anestesologiche da parte di medici di H di Udine e Pordenone; 13.257,52: riorganizzare le liste di attesa per patologia in coerenza coi principali PDTAR; 7.575,73: incremento utilizzo IORT; 7.575,73: implementazione e miglioramento della qualità delle cure e del PDT chirurgico nel tumore dell'ovaio; 5.681,80: applicazione criteri di qualità come linee guida europee per gli esami endoscopici
EGA.S.	-	
TOTALE	4.250.643,52	

**Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2016
ALLEGATO 6**

AZIENDA	quote 2016 per CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	672.775,73	importo impegnato sui seguenti 9 obietti cui sono stati distribuiti ulteriori 604,27 € di residui RAR 2014: 150.000,00: sedute operatorie; 93.000,00: mantenimento offerta chirurgica/ambulatoriale/specialistica/endoscopica; 18.000,00: mantenimento tempi di attesa di refertazione; 30.240,00: mantenimento attività di ambulatorio Ecodoppler; 191.520,00: mantenimento di attività di ricovero e/o ambulatoriale; 27.360,00: garanzia della continuità ass.le in RSA/Hospice; 18.000,00: mantenimento del turno con ripristino attività ambulatoriale GO; 71.260,00: colonscopie da sceening; 74.000,00: letture mammografie
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	22.100,00	importo impegnato sui seguenti 2 obiettivi: 13.700,00: codici verdi con tempi di attesa inferiori a 1 h =>80%- % pazienti con codice verde con permanenza in PS<=4 h non inviati a ricovero >=85%; 8.400,00: evidenza della della copertura dei turni presso la SC PS e Medicina d'Urgenza per attività cardiologica
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	1.009.513,24	importo impegnato sui seguenti 31 obiettivi cui sono stati distribuiti 324.000,00 residui RAR anni precedenti. 70.800,00: garanzia attività sedute operatorie, turni, ore; 28.000,00: protocollo operativo e progetto Maniago;11.100,00: attività sedi distrettuali per progetto Maniago; 120.000,00: attività operatoria e turni diurni; 1.486,24: turni di reperibilità; 124.350,00: garanzia LEA; 109.800,00: turni di PD; 124.200,00: attività operatoria e turni aggiuntivi; 4.320,00: progetto violenza di genere; 72.000,00: attività aggiuntiva in carenza di organico; 26.437,00: turni notturni e diurni 12 h in carenza di organico; 175.680,00: turni notturni 12 ore per per automedica Sacile e mw dicalizzata Manigao; 95.400,00: sedute operatorie aggiuntive per varie discipline; 65.280,00: copertura turni guardia internistica; 9.600,00: protocollo operativo a favore delle sedi distrettuali; 40.000,00: turni di 12 h da giugno a settembre; 30.300,00: mantenimento volumi di attività; 12.000,00: assistenza medica ai dializzati ospiti in provincia; 15.600,00: garanzia attività presso le sedi periferiche; 45.000,00: mantenimento volumi di attività oncologia; 16.800,00: revisione sistemi di controllo per prestazioni sanitarie; 14.400,00: interventi a favore della popolazione immigrata richiedente asilo; 1.800,00: sport e doping; 7.200,00: partecipazione personale medico e veterinario commissione di controllo farmacie; 69.000,00: supporto attività veterinarie su sedi diverse da quelle di assegnazione; 3.000,00: tutela acque potabili; 2.400,00: revisione processi di medicina necroscopica del territorio; 3.000,00: incremento n. indagini di malattia professionale; 6.960,00: servizi veterinari a favore di macelli privati convenzionati; 12.000,00: garanzia attività in carenza di organico; 15.600,00: mantenimento attività in carenza di organico e registrazione giornaliera nel G
ASUI Trieste	116.535,00	importo distribuito sui seguenti 6 obiettivi: 1.600,00: rispetto tempistica ex dgr 1321/14 per controllo strutture private accreditate; 12.700,00: mantenimento p rogramma di supervisione e sorveglianza sanitaria degli studenti di medicina; 30.480,00: mantenimento volumi complessivi di attività di ricovero (SC Clinica Urologica); 25.400,00: consolidamento volumi di attività chirurgica (Clinica ORL); 45.720,00: mantenimento volumi attività chirurgica e visite ambulatoriali; 635,00: garanzia svolgimento attività programmate nell'ambito del congresso GIVRE
ASUI Udine	100.000,00	importo impegnato su obiettivi strategici aziendali per veterinaria, psichiatria, medicina del lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione, medicina del lavoro e sicurezza negli ambienti di lavoro, organizzazione dei servizi di base, farmacologia e tossicologia clinica
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	3.787,86	importo impegnato sui seguenti 2 obiettivi: valutazione fattibilità di uno studio di monitoraggio biologico umano della popolazione del comune di Monfalcone residente vicino alla zona industriale; 1.893,93: rischio clinico e qualità attivazione di percorsi formativi e di diffusione delle linee guida terapeutiche regionali - adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche
EGA.S.	-	
TOTALE	1.924.711,83	

**Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2016
ALLEGATO 7**

AZIENDA	quota assegnata da accordo del 10 maggio 2016	Importo liquidato al 31.12.2016	Residuo al 31.12.2016	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IMPORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2016		quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat, in raccordo con progr.reg.le e piani attuati az.li	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	170.595,71	-	170.595,71	197.646,08	187.937,83	9.708,25	116.820,00	53.760,00	15,71
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	105.062,13	-	105.062,13	143.139,12	107.490,00	35.649,12	104.021,91	-	1.040,22
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	178.917,69		178.917,69	255.068,84	166.946,61	88.122,23	118.480,00	60.437,69	-
ASUI Trieste	245.491,71		245.491,71	249.109,44	247.909,44	1.200,00	244.222,20	1.200,00	69,51
ASUI Udine	236.129,95	68.152,00	167.977,95	2.716,00	0,00	2.716,00	223.787,00	9.600,00	2.742,95
Burlo Trieste	56.171,83	2.820,00	53.351,83	5.582,65	-	5.582,65	55.917,35	-	254,48
CRO Aviano	93.619,72	-	93.619,72	135.330,35	124.858,37	10.471,98	75.302,77	18.316,89	0,06
E.G.A.S.	54.965,26	-	54.965,26	7.502,66	-	7.502,66	24.965,26	30.000,00	-
TOTALE	1.140.954,00	70.972,00	1.069.982,00	996.095,14	835.142,25	160.952,89	963.516,49	173.314,58	4.122,93

* AAS 3: oltre alla quota assegnata pari a € 104.021,91 sono stati rendicontati ulteriori 1.040,00 in quanto RAR trasferite da ASUI UD

** ASUI UD: alla quota assegnata, pari a € 237.169,95 sono stati destratti € 1.040,00 in quanto RAR trasferite ad AAS 3

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2016
ALLEGATO 8

AZIENDA	importo quote 2016 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali; l'accordo individua 2 obiettivi regionali prioritari
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	116.820,00	importo impegnato sui seguenti 30 obiettivi: 6.960,00: centralizzazione funzioni logistiche della farmacia H sulla sede di Palmanova e organizzazione dei buffer per le emergenze; 9.300,00: mantenimento delle Funzioni del servizio farmaceutico di distribuzione diretta in carenza di organico; 1.380,00: centralizzazione delle funzioni dei registri AIFA sulla sede di Palmanova; 720,00: programmazione e attivazione di un evento formativo accreditato ECM per i MMG DAI e DBI sul tema della violenza sulle donne; 540,00: presentazione del progetto Adolescenti Sintomatici agli ambiti socio-assistenziali; 540,00; attivazione di due progetti personalizzati sperimentali per minori con disabilità gravissime in età di obbligo scolastico; 1.080,00: adolescenti sintomatici, analisi dei casi in carico; 6.000,00: riorganizzazione delle funzioni ammv. del costituendo Dip. di Ass. Primaria; 8.280,00: riorganizzazione e omogeneizzazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari ad alta integrazione erogati da consultori familiari; 18.000,00: riorganizzazione dell'orario di lavoro - progetto incentivato per il 2016; 1.500,00: utilizzo finanziamenti dei piani di investimento ancora attivi; 1.140,00: rivisitazione procedimenti di igiene tecnica; 1.800,00: riorientamento modalità di erogazione del primo ciclo per l'Area di Monfalcone; 1.680,00: revisione organizzativa aree mediche e predisposizione degli standard quali-quantitativi; 1.500,00: dematerializzazione busta paga; 720,00: realizzazione sito unico tra le due ex aziende; 2.940,00: attuazione atto aziendale; 2.340,00: mantenimento tempi di refertazione esami eseguibili in giornata; 1.500,00: accreditamento del reparto di ostetricia e ginecologia H palmanova; 540,00: personalizzazioni su indicazioni regionali della lettera di dimissioni; 39.300,00: obiettivo qualità delle cure; 2.400,00: redazione nuovo regolamento aziendale per acquisti di lavoro, beni e servizi ex D.lgs. 50/2016; 180,00: 730 on line; 360,00: gestione pagamenti stipendiali e contributi; 900,00: dematerializzazione fatture elettroniche; 840,00: attivazione sistema di gestione informatizzata delle prenotazioni per ottimizzazione sistema car pooling; 1.080,00: attivazione del gestionale manutentivo dei biomedicali su tutte le sedi aziendali; 1.080,00: attivazione gestionale manutentivo edile su tutte le sedi aziendali; 1.500,00: creazione data base dei sinistri rct sanitaria mediante costituzione di un fascicolo sanitario per ogni sinistro
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	104.021,91	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: 33.561,62 processi di riorganizzazione; 39.600,00: qualità delle cure; 30.860,00: contenimento spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	118.480,00	importo impegnato sui seguenti 16 obiettivi: 23.400,00: attivazione nuovo sistema informatico di laboratorio; 3.600,00: avvio nuovo LIMS; 12.000,00: riorganizzazione modalità di lavoro e competenze Provveditorato - Economato e di SC APL; 6.300,00: riorganizzazione di lavoro e di competenze di SC AGL; 2.400,00: riorganizzazione percorso gestione reclami; 1.800,00: riorganizzazione modalità di lavoro e competenze della SC Affari Generali e Legali; 6.600,00: atti propedeutici all'applicazione dell'atto aziendale; 9.000,00: collaborazione alle attività di attuazione del nuovo atto aziendale; 3.360,00: riqualificazione modello sistema informativo consultori; 9.000,00: evidenza unificazione procedure a seguito dell'applicazione del nuovo atto aziendale; 19.200,00: contenimento spesa farmaceutica; 3.600,00: promozione salute e stile alimentare corretto; 3.000,00: attività di controllo Formazione Reach; 5.040,00: implementare e rafforzare i meccanismi operativi di collegamento fra i diversi setting del DSM; 8.100,00: programmi terapeutici personalizzati; 2.080,00: accantonamento quota RAR;
ASUI Trieste	244.222,20	importo impegnato nei seguenti 49 obiettivi: 6.300,00: garantire le funzioni svolte dalla SC assistenza farmaceutica; 6.300,00: garantire le funzioni svolte dalla SC programmazione e controllo; garantire le funzioni svolte da : 6.300,00: Sc sistema informativo - 6.300,00: Sc immobili e impianti; 6.300,00: SC servizio infermieristico aziendale; fornire supporto giuridico per attività propedeutica ad autorizzazione CERU; 5.400,00: logistica di magazzino; 10.800,00: coordinare gruppi di lavoro per raggiungere gli obiettivi assegnati a Sc gestione stabilimenti; 8.100,00: valutazione dei risultati di salute e dei processi assistenziali di continuità monitorata; 2.700,00: prosecuzione percorso di unificazione degli uffici e delle attività con riferimento alle modalità di distribuzione del trattamento accessorio del personale del comparto; 2.700,00: predisposizione del nuovo regolamento per la disciplina degli incarichi di Coordinamento dell'ASUI di TS; 5.400,00: nuovo regolamento orari del personale comparto; 8.100,00: unificazione inventari aziende ; 5.400,00: censimento e raffronto attività delle due Sc affari generali e legali; 2.700,00: supporto del personale del controllo di gestione alle fasi del pre e post trasferimento dei dati ex aas 1 a sistema dati asui ts; 4.200,00: unificazione aziende (adeguamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti informatici); 8.100,00: unificazione Sc contabilità Economico Patrimoniale e SC Finanza e Controllo; 7.200,00: consolidamento e sviluppo rete continuità ass.le; miglioramento appropriatezza: 2.700,00 anticorpi antiptiastrine - 2.700,00: tipizzazioni HLA; 8.400,00: predisposizione di specifici moduli elettronici per ogni apparecchio per controlli con ocean 2014; 8.400,00: implementazione software open source; 2.700,00: garantire la partecipazione dei valutatori alle visite programmate; 10.252,20 : realizzazione di template informatici per protocolli di cura in oncematologia (su questo obiettivo sono stati distribuiti ulteriori 8.647,80 di residui RAR 2014-2015); 12.150,00: distribuzione diretta e allestimento personalizzato per pazienti in AD; 1.800,00: realizzazione laboratorio Spoke presso Burlo; 14.100,00: trasferimento settore di proteine specifiche nell'automazione del CoreLab; 3.060,00: analisi dei flussi dei campioni in ottimizzazione in SC Microbiologia; 3.060,00: aumento sensibilità test diagnostici per infezioni severe; 2.400,00: avvio sistema screening per infezioni urinarie; 1.800,00: definire attività, interventi e progettualità del servizio sociale; mantenimento incremento quali/quantitativo dell'attività erogata: 1.800,00: SS anestesia e rianimazione - 4.800,00: SS tutela salute bambini adolescenti; 2.400,00: produzione bozza protocollo per costruzione percorsi di cura nei setting appropriati; 1.800,00: attuazione e monitoraggio del progetto individuale della persona con disabilità che frequenta centri diurni; mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata: 1.800,00: SSD riabilitazione adulto (Distretto 4) - 1.800,00: SSD riabilitazione (Distretto 2)- 1.800,00: SS anziani e residenze (Distretto 2); 8.250,00: Sc bambini e adolescenti (Distretto 2) -2.250,00: consultorio familiare (Distretto 2) ; 3.000,00: maggior disponibilità oraria per effettuare prestazioni da parte di psicologi con determinati codici; 3.000,00: maggior disponibilità oraria per colloqui, counseling, psicoterapia individuale, di coppia, familiare...; 4.200,00: mantenimento/incremento attività quali/quantitativa attività erogata SS tutela salute adolescenti (Distretto 4); 9.000,00: garanzia percorsi presa in carico per segnalazione della prefettura; 3.600,00: garanzia percorsi presa in carico di gruppo e individuale di pazienti affetti da ludopatia; 2.400,00: valutazione dei risultati di salute e dei processi di assistenziali di continuità monitorata; 9.600,00: incentivare l'approccio multiprofessionale nell'assistenza domiciliare; 2.400,00: incentivare l'approccio multiprofessionale nella presa in carico delle persone con CDA

AZIENDA	importo quote 2016 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali; l'accordo individua 2 obiettivi regionali prioritari
ASUI Udine	223.787,00	importo impegnato sui seguenti 8 obiettivi: 72.287,00: processi di riorganizzazione; 8.400,00: percorso di riabilitazione; 4.200,00: coinvolgimento dirigenti delle professioni sanitarie in processi di riorganizzazione e riabilitazione; 35.400,00: qualità delle cure; 12.000,00: contenimento tempi di attesa e qualità delle cure; 8.700,00: interventi sociosanitari; 46.800,00: contenimento tempi di attesa; 36.000,00: contenimento spesa farmaceutica
Burlo Trieste	55.917,35	importo impegnato sui seguenti 17 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 5.582,65 residui RAR anni precedenti: 4.000,00: assicurare la continuità dei servizi ass.li e tecnico diagnostici; 9.400,00: riduzione/mantenimento dei tempi di attesa dei prestazioni ambulatoriali (SC genetica medica); 2.400,00: sviluppo attività accreditamento istituzionale; 7.200,00: assicurare la continuità delle cure in urgenza; 7.300,00: sviluppo attività di farmacovigilanza; 1.200,00: riorganizzazione attività di laboratorio 1.200,00: (Uco igiene e Microbiologia) - 1.800,00: immunopatologia clinica; 1.800,00: miglioramento accesso al servizio di psicologia; 2.400,00: riorganizzazione offerta sanitaria (Epidemiologia); 4.000,00: accordo con Università attuazione protocollo di intesa fvg; 4.000,00: adempimenti attuativi nuovo atto aziendale; 4.000,00: redazione regolamento attività esterne; 3.400,00: adempimenti per l'assegnazione delle progressioni economiche orizzontali; 600,00: concorso regionale ostetriche; 4.000,00: recupero crediti; 4.000,00: ricognizione patrimonio nell'ambito delle immobilizzazioni
CRO Aviano	75.302,77	importo impegnato sui seguenti 9 obiettivi: 42.739,41: contributo ai processi di certificazione e accreditamento; 16.281,68: upgrade hardware e software apparecchiature di tomoterapia; 2.035,21 nuova procedura abbonamenti; 4.070,42: miglioramento gestione/liquidazione lavoro straordinario; 2.035,21: innovazione gestionale; 2.035,21: nuova metodologia nalisi; 2.035,21: riallineamento procedure a seguito nuovo codice appalti; 2.035,21: miglioramento procedure acquisizione manutenzioni
EGA.S.	24.965,26	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: 2.500,00: processi di riorganizzazione-anticorruzione e trasparenza; 10.500,00: processi di riorganizzazione - atto aziendale; 1.000,00: processi di riorganizzazione CUP regionale; 2.500,00: processi di riorganizzazione dei servizi di sportello CUP appaltati; 2.500,00: processi di riorganizzazione nuovo piano dell'emergenza; 5.965,26: processi di riorganizzazione per definire un percorso di qualità condiviso con le farmacie delle ASS per la gestione della vigilanza dei dispositivi medici e la farmacovigilanza degli articoli gestiti dal magazzino centralizzato
TOTALE	963.516,49	

**Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA
Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2016
ALLEGATO 9**

AZIENDA	quote 2016 per CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in accordo con programmaz. reg.le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	53.760,00	importo impegnato sui seguenti 31 obiettivi: 2.400,00: lavori di adeguamento in amteria di sicurezza; 840,00: dich. Pubblico interesse servizi SIRAM; 840,00: realizzazione percorso gravidanza; 1.620,00: definizione atti convenzionali per regolare nuovi rapporti con amm. e associazioni; 1.980,00: attività recupero crediti; 1.620,00: applicazione accordi integrativi regionali medicina generale; 3.000,00: responsabile anticorruzione; 1.320,00: responsabile trasparenza; 960,00: miglioramento leggibilità voci di bilancio; 1.500,00: analisi costi dell'emergenza territoriale; 1.296,00: classificazione ICF Wilma - faber; 1.296,00: classificazione ICF (valutazione esiti presa in carico persone con disturbo mentale); 2.160,00: riformulazione capitolato della gara di sierologia; 1.920,00: ridefinizione prassi operative per l'inserimento dell'utenza in strutture residenziali e semiresidenziali; 600,00: stesura docuemnto riorganizzazione servizi per le dipendenze; 3.000,00: 3.000,00: verifica esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria; 648,00: classificazione ICF valutazine presa in carico di persone con disturbo mentale; 2.880,00: gestione attività amm.ve e contabili per CEFORMED; 720,00: gestione attività connesse a eventi regionali per formazione PP.LL.SS; 3.000,00: assicurare l'attività in acrenza di organico; 3.000,00: raccolta e verifica di tutti i dati necessari alla creazione di un data base aziendale con gli elenchi degli esercenti ALPt; 1.980,00: attività come componente ispettivo interaziendale; 1.080,00: ricognizione e analisi dei dati sui monori con disturbo dello spettro dell'autosmo; 4.440,00: intervento precoce nel disturbo dello spettro autistico in bambini da 0 a 6 anni; 540,00: favorire la lettura in età prescolare in bambini con bisogni comunicativi speciali; 1.500,00: dematerializzazione fatture elettroniche; 1.500,00: aggiornamento progetto preliminare H Latisana; 1.500,00: piano adeguamento anticendio; 1.500,00: realizzazione percorso gravidanza; 1.500,00: assunzione incarichi tutela legale contenziosi lavoro e opposizioni sanzioni amm.ve
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	60.437,69	importo impegnato sui seguenti 10 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 31.782,31 quota RAR anni precedenti: 13.200,00: applicazione ai sistemi informativi del nuovo atto aziendale; 18.000,00: mantenimento attività in carenza di organico; 2.700,00: attività recupero crediti; 1.800,00: monitoraggio semestrale bilancio servizi in delega; 9.000,00: contenimento spesa secondo vincoli operativi definiti dalla regione; 19.200,00: affidamento della progettazione esecutiva e della realizzazione della cittadella della salute e del nuovo H di PN; 3.600,00: commissione controllo farmacie; 3.600,00: azioni monitoraggio e supporto attività (biologi); 18.720,00 mantenimento volumi attività in carenza di organico (psicologi); 2.400,00: start -up della Fondazione di partecipazione per il Microcredito
ASUI Trieste	1.200,00	importo impegnato sui seguenti 2 obiettivi: 600,00: mantenimento controlli di sicurezza impiantistica; 600,00: riportare i tempi di attesa nel dipartimento di prevenzione a 1 mese
ASUI Udine	9.600,00	importo interamente impeganto su obiettivi strategici aziendali cui sono stati distribuiti ulteriori 2.716,00 RAR anni precedenti
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	18.316,89	importo impegnato sui seguenti 4 obiettivi: 6.105,63: valutazione fattibilità studio di monitoraggio biologico umano della popolazione del comune di Monfalcoen residente vicino alla zona industriale; 2.035,21: revisione del manuale, delle procedure e delle istruzioni operative del sistema gestione qualità del CAF; 2.035,21: collaborare attivamente al fine di aprire e rendere operativo il campus CRO; 8.140,84: attivazione programma di gestione per gas meciali individuato da convenzione EGAS
EGA.S.	30.000,00	importo impegnato sui seguenti 4 obiettivi: 10.000,00: espletamento procedure concorsuali centralizzate; 4.000,00:centralizzazione provveditorato; 10.000,00: consolidamento servizio logistico per l'area giuliano isontina e per burlo; 6.000,00: supporto alle attività EGAS
TOTALE	173.314,58	

4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE NELL'ANNO 2015

VALUTAZIONE 2016 - NOTA ESPLICATIVA

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

- attuazione al 31/12/2016: le aziende descrivono lo stato di attuazione di quanto previsto nei risultati attesi;
- valutazione Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche sociali e Famiglia (di seguito direzione Centrale Salute): viene rappresentata la valutazione sintetica della Direzione rispetto al raggiungimento dell'obiettivo.

La valutazione è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

Un obiettivo può essere considerato:

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

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

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

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

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

3.1. PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Atti aziendali	
<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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Con Decreto del Direttore Generale n. 138 del 24.03.2016 "Disposizioni per la prima applicazione dell'Atto Aziendale di cui ai decreti del Direttore Generale n.ri 721/2015 e 74/2016" sono state date disposizioni sulla disattivazione delle strutture non compatibili con il nuovo Atto, sulla attivazione delle strutture di nuova istituzione, sulla conferma delle strutture preesistenti e compatibili con il nuovo Atto, sulle strutture di nuova istituzione da attivare con successivi provvedimenti.</p> <p>Con tale provvedimento sono state disattivate le strutture complesse e semplici non più previste nel nuovo assetto organizzativo e non coperte al momento dell'adozione dell'atto.</p> <p>Sono state confermate in via temporanea le titolarità degli incarichi in relazione alla necessità di assicurare un presidio organizzativo delle funzioni aziendali. E' stato dato mandato ai direttori nominati di definire il profilo di ruolo della struttura al fine di arrivare al conferimento definitivo degli incarichi.</p> <p>Sono state avviate le procedure per la ricollocazione dei direttori di struttura complessa in esubero rispetto alle apicalità previste dal nuovo atto aziendale.</p> <p>Sino ad approvazione dell'atto l'organizzazione delle strutture operative aziendali è rimasta invariata.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Entro il 30 giugno 2016 l'Azienda darà completa attuazione a quanto previsto dalla</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Disattivati i posti letto per acuti e realizzato progetto sull'attivazione dei posti letto</p>

<p>DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti.</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>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 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</p> <p>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.</p>	<p>riabilitativi sulla base dei bisogni sanitari e delle risorse disponibili</p> <p>2. Attivate le progettualità a rilevanza strategica aziendale.</p> <p>3. 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, come dettagliato nella relazione sulle risorse umane.</p> <p>4. Annullate le procedure in atto non coerenti con la DGR 929/2015 e l'Atto aziendale.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>1. Nel presidio ospedaliero di Latisana e Palmanova sono stati disattivati 12 posti letto ordinari e 1 dh di area medica e 3 posti letto ordinari e 6 dh di area chirurgica e sono stati attivati 10 posti letto di lungodegenti (cod. disciplina 60 – riabilitazione estensiva), inoltre sono stati mantenuti 14 posti letto ordinari e 2 dh di riabilitazione intensiva (cod. disciplina 56). Nel presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone sono stati disattivati 16 posti letto ordinari e 3 dh di area medica e 6 posti letto ordinari e 8 dh di area chirurgica e sono stati attivati 16 posti letto di lungodegenti (cod. disciplina 60 – riabilitazione estensiva), inoltre sono stati mantenuti 12 posti letto ordinari di riabilitazione intensiva (cod. disciplina 56).</p> <p>2. Riguardo le progettualità a rilevanza strategica aziendale:</p> <p>E' stata istituita l'Area Funzionale Omogenea di Reumatologia con ambulatori aperti in tutte le sedi ospedaliere con nota prot. 53479 del 14 settembre 2016, che aggrega funzionalmente gli specialisti e i fattori produttivi specifici della attività reumatologica presenti nelle quattro Medicine aziendali e nella SOC Farmacia. Con medesima nota è stata istituita l'Area Funzionale Omogenea di Ematologia con ambulatori in entrambi i presidi ospedalieri che aggrega funzionalmente gli specialisti e i fattori produttivi specifici dell'attività ematologica presenti nelle quattro Medicine aziendali e nella SOC Farmacia.</p> <p>E' stata elaborata e diffusa nei presidi ospedalieri (con prot. n. 55269 del 26.09.16) l'istruzione operativa "Consulenza infettivologica". Presente un medico infettivologo nell'Ospedale di Gorizia ed un medico infettivologo nell'Ospedale di Monfalcone che garantiscono la consulenza</p>	

infettivologica anche nel Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova sulla base del protocollo di cui sopra.

3. Riguardo la dismissione delle funzioni non coperte da apicalità e applicazione graduale dell'atto aziendale:

- Sono state dismesse le funzioni non coperte da apicalità ed è stata avviata l'applicazione dell'Atto con DDG n. 138 del 24.3.2016. con medesima nota

- Con DDG n. 154 del 31.03.2016 sono stati istituiti i Dipartimenti Clinici e Amministrativo/Tecnici. Con stesso decreto sono stati affidati gli incarichi temporanei ai direttori di dipartimento.

- Con DDG n. 155 del 31.03.2016 è stato istituito il Dipartimento di salute mentale ed è stato affidato l'incarico temporaneo al direttore di dipartimento.

- Con DDG n. 157 del 01.04.2016 è stato istituito il Dipartimento di prevenzione ed è stato affidato l'incarico temporaneo al direttore di dipartimento.

- Con DDG n. 158 del 07.04.2016 sono state attivate le strutture del Dipartimento di Assistenza Primaria e sono stati attribuiti gli incarichi temporanei delle funzioni e responsabilità.

- Con DDG n. 169 del 08.04.2016 sono stati istituiti i Dipartimenti Funzionali e sono stati affidati gli incarichi temporanei ai relativi direttori.

- Con DDG n. 270 del 01.06.2016 è stato istituito il Dipartimento per l'Assistenza Ospedaliera ed è stato affidato l'incarico temporaneo del direttore.

- Con DDG n. 277 del 09.06.2016 si è provveduto alla ricollocazione di alcuni dirigenti apicali in esubero per la copertura degli incarichi di direttore delle seguenti strutture:

SC "Anestesia e Rianimazione" sede di Gorizia – Dipartimento dell'Assistenza ospedaliera;

SC "Anestesia e Rianimazione" sede di Monfalcone – Dipartimento dell'Assistenza Ospedaliera;

SC "Anestesia e Rianimazione" sede di Palmanova-Latisana – Dipartimento dell'Assistenza Ospedaliera";

- SC "Cure Palliative" – Dipartimento dell'Assistenza Primaria

- Con DDG n. 400 del 04.08.2016 è stato istituito il Dipartimento per l'Assistenza primaria ed è stato affidato l'incarico temporaneo del direttore.

- Con DDG n. 401 del 04.08.2016 è stato attribuito l'incarico temporaneo di Direzione di SOC di Ortopedia Traumatologia del presidio ospedaliero di Gorizia – Monfalcone.

- Con DDG n. del 04.08.2016 è stato attribuito l'incarico temporaneo di direzione di SOC di ortopedia e Traumatologia di Latisana – Palmanova.

- Con DDG n. 457 del 15.09.2016 è stati attribuiti gli incarichi di direzione della SC Ortopedia e Traumatologia del presidio ospedaliero Gorizia-Monfalcone e del presidio ospedaliero Latisana-Palmanova.

- Con DDG n. 533 del 20.10.2016 è stato attribuito l'incarico temporaneo della funzioni di responsabilità della SC Controllo di Gestione in staff alla Direzione Sanitaria.

- Con DDG n. 548 del 3.11.2016 è stato attribuito l'incarico temporaneo delle funzioni di responsabilità della SS Formazione in staff alla Direzione Sanitaria.

- Con DDG n. 563 del 10.11.2016 è stato attribuito l'incarico di direzione della SC Servizio Infermieristico.

- Con DDG n. 692 del 29.12.2016 attribuiti gli incarichi dirigenziali dei ruoli PTA di cui all'art. 27,

<p>comma 1, lett. a), b), c) del CCNL 8.06.2000</p> <p>4. Sono state annullate le procedure non coerenti con la DGR 929/2015 e l'Atto aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>In particolare, nel corso del 2016 dovrà essere dato corso all'implementazione almeno delle seguenti linee di sviluppo.</p> <p>Reumatologia</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Entro il 30 giugno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>E' stata istituita l'Area Funzionale Omogenea di Reumatologia con ambulatori aperti in tutte le sedi ospedaliere con nota prot. 53479 del 14 settembre 2016, che aggrega funzionalmente gli specialisti e i fattori produttivi specifici della attività reumatologica presenti nelle quattro Medicine aziendali e nella SOC Farmacia.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Malattie Infettive</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Entro il 30 settembre:</p> <p>presenza di un medico infettivologo presso i presidi ospedalieri, funzionalmente collegato con i servizi/reparti dei presidi ospedalieri hub di riferimento.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>E' stata elaborata e diffusa nei presidi ospedalieri (con prot. n. 55269 del 26.09.16) l'istruzione operativa "Consulenza infettivologica". Presente un medico infettivologo nell'Ospedale di Gorizia ed un medico infettivologo nell'Ospedale di Monfalcone che garantiscono la consulenza infettivologica anche nel Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova sulla base del protocollo di cui sopra.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Assistenza Veterinaria</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Completato entro il 30 settembre l'assetto organizzativo delle aree A, B e C, secondo la DGR n. 929/2015.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Con nota prot. 55827 del 27/09/2016 è stata formalizzato l'assetto organizzativo e funzionale dell'Area Veterinaria del Dipartimento di Prevenzione delle aree A B e C, secondo la DGR n. 929/2015.</p>	
Valutazione Direzione Regionale salute	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>ATTUALMENTE ATTIVE SOLO LE SOC DI AREA A E B, NON ATTIVATA L'AREA C</p>

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Sono stati ottemperati tutti gli impegni assunti in Comitato di indirizzo a supporto dell'attività dell'Ente.</p> <p>L'Azienda ha adempiuto entro i termini indicati a tutte le richieste dell'EGAS, quali le comunicazioni dei referenti facenti parte dei gruppi tecnici/Commissioni di gara, l'indicazione dei fabbisogni, e la redazione dei capitolati tecnici per l'acquisizione di beni e servizi.</p>	
<p>Valutazione Direzione Regionale salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.1.4. Piano Emergenza urgenza

<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> <p>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.</p> <p>Revisione dell'organizzazione del Punto di primo intervento di Grado coerentemente con l'avvio del CAP.</p> <p>Adeguamento piazzola elisoccorso Latisana al volo notturno</p> <p>Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automedica: <p>Attivazione solo su codici rossi: già operativa l'attivazione da parte della Centrale 118 sui soli codici rossi. Interviene inoltre su richiesta dell'infermiere di ambulanza anche sugli altri codici.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuzione territoriale dei mezzi di soccorso: <p>Attivazione ambulanza ALS a Gradisca ore 7-21: non ancora attivata.</p> <p>Attualmente a Gorizia sono attive 1 ambulanza ALS h24 e 1 ambulanza ALS diurna; a Monfalcone sono attive 1 ambulanza ALS h24 e 1 ambulanza ALS diurna. Il Piano dell'emergenza prevede invece la presenza di 1 ambulanza ALS h24 e 1 BLS diurna in entrambe le sedi ospedaliere</p> <p>A Grado è operativa 1 ambulanza ALS h24.</p> <p>A Latisana e a Palmanova sono attive 1 ambulanza ALS h24 e 1 ambulanza ALS diurna; resta da attivare 1 ambulanza BLS diurna in entrambe le sedi.</p>	

A Lignano Sabbiadoro è attivo il servizio stagionale come da Piano regionale dell'emergenza.

- Rimodulazione automediche:

È in atto il piano di redistribuzione delle automediche nel territorio della AAS 2: attualmente sono presenti 1 automedica h24 a Gradisca ed 1 notturna a Latisana. Non attiva l'automedica nella fascia diurna a Latisana.

- Punti di Primo Intervento (PPI):

Viene attivato per il periodo estivo il PPI h24 di Lignano e il PPI h24 di Grado. Nel 2016 il PPI di Grado è rimasto attivo anche per il periodo invernale nella fascia diurna.

- Area d'Emergenza:

È in corso l'attivazione dell'Area di Emergenza a Gorizia e Monfalcone: ridefinizione della sede di degenza cardiologica e conseguente attivazione dei posti letto di Area d'Emergenza (area assistenziale pluri-specialistica).

- Rete delle emergenze cardiologiche:

La rete è operativa.

- Rete ictus:

La rete è operativa: è stato attivato il percorso trombolisi a Gorizia (feriale e diurna), con protocollo PROT_02_00_DMO/G-M del 04/07/2016

- Adeguamento piazzola elisoccorso Latisana:

Con decreto del DG 688 del 29.12.16 è stata indetta la gara di progettazione per l'aggiornamento del progetto preliminare di ristrutturazione dell'ospedale di Latisana, che prevede anche la realizzazione dell'elisuperficie, per la quale si stanno verificando alcune ipotesi.

Motivazioni dello scostamento:

Essendo la maggior parte del servizio di emergenza territoriale in appalto (le uniche ambulanze aziendali sono quelle presenti a Palmanova, Latisana e Gorizia, h24 tipo A), si è dovuto attendere la scadenza delle convenzioni in essere al 31.12.2016 per poter indire nuova gara secondo le indicazioni del Piano dell'Emergenza Urgenza.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
---	---

3.1.5. Piano Sangue

Obiettivo aziendale

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

Risultato atteso

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. L'avvio effettivo delle attività nella nuova conformazione organizzativa è previsto per l'inizio del 2017.

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

Attuazione al 31/12/2016	
La partecipazione al tavolo tecnico per il Piano Sangue è stata garantita.	
Il Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti è già presente e attivo nella sede di Palmanova. Per l'allestimento del Centro unico di validazione sono stati identificati gli spazi e resi disponibili trasferendo gli uffici Cartelle cliniche e gli ambulatori di Terapia antalgica, inoltre sono stati realizzati alcuni lavori propedeutici di natura impiantistica. La completa realizzazione avverrà nel corso del 2017.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.6 Piano Oncologico	
Obiettivo aziendale Piano oncologico	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano oncologico
Attuazione al 31/12/2016	
La DCS ha individuato i referenti per ciascuna Azienda e li ha convocati all'incontro del 21 febbraio 2017, con mail del 7 febbraio u.s. La partecipazione è stata assicurata.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7 Piano della riabilitazione	
Obiettivo aziendale Piano della riabilitazione	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della riabilitazione
Attuazione al 31/12/2016	
I tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della Riabilitazione non sono stati attivati.	
Motivazione dello scostamento: I tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della Riabilitazione non sono stati attivati.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NEL CORSO DEL 2016 NON SONO STATE CONVOCATE RIUNIONI DEL TAVOLO TECNICO IN MATERIA DI RIABILITAZIONE

3.1.8 Piano della salute mentale	
Obiettivo aziendale Piano della salute mentale	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale
Attuazione al 31/12/2016	

L'Azienda ha partecipato ai tavoli tecnici per la predisposizione del Piano della salute mentale nelle seguenti date 14/07/16 - 22/09/16 - 5/10/16 - 14/12/16

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9 Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia

Obiettivo aziendale

Completamento della nuova organizzazione del Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia hub del presidio ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Udine

Risultato atteso

Centro hub nel presidio ospedaliero di Udine e laboratori satellite presso le sedi di Latisana e Palmanova

Attuazione al 31/12/2016

Le funzioni sono state trasferite nei tempi previsti (dal 27 giugno 2016).

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale

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

Risultato atteso

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.

Attuazione al 31/12/2016

Sono in corso di esecuzione l'aggiornamento Sistema Informatico (DNLab) di ASUI TS per l'accettazione dei campioni e per la visualizzazione, la firma digitale e la stampa dei referti dal laboratorio hub ai laboratori spoke; queste attività, non dipendenti dall'AAS2, sono necessarie per l'avvio delle progettualità descritte.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2. Promozione della salute e prevenzione	
Obiettivo aziendale Individuare 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
Attuazione al 31/12/2016 I nominativi sono stati comunicati con nota prot. 11415 dd 25/2/2016	
Valutazione Direzione Regionale salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
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
Attuazione al 31/12/2016 L'azienda capofila (ASUITS) ha invitato referenti aziendali del programma I del PRP alle riunioni del gruppo regionale di prevenzione cardiovascolare a partire dal 15 settembre, affrontando nell'incontro del 17 ottobre 2016 il tema dell'avvio del progetto pilota. Nell'ambito del tavolo di lavoro Dipartimento - Distretti in entrambe le riunioni del 14 marzo e del 9 giugno 2016 è stato affrontato anche il tema in argomento. Il gruppo regionale della Prevenzione Cardiovascolare, coordinato da ASUITS, ha formalmente condiviso il documento "Manuale dei percorsi di prevenzione cardiovascolare" nell'incontro del 17/11/2016 a Palmanova. Il verbale dell'incontro riporta la necessità che il medesimo documento venga recepito formalmente dalla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31/12/2016 Gli operatori non sono stati formati	
Motivazioni dello scostamento Non è stato avviato il corso da parte dell'ASUITS	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 1) IL CORSO FAD PER I MMG È STATO ATTIVATO IL 18 OTTOBRE 2016 CON LETTERA DEL DIRETTORE AREA PREVENZIONE. AL CORSO SONO STATI INVITATI VIA MAIL I MMG DELLA EX ASS5 E HANNO COMPLETATO IL CORSO E CONSEGUITO IL PUNTEGGIO 10 SU 173 (AAS2 <7%) 2) LE AZIENDE SONO STATE SUPPORTATE DA ASUITS PER LA REALIZZAZIONE DI UN CORSO DI FORMAZIONE, ASS2 HA PROGRAMMATO PER FEBBRAIO 2017.
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
Attuazione al 31/12/2016 Attività non realizzata	
Motivazioni dello scostamento Il gruppo di lavoro non è stato attivato dall'AAS4	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO È STATO COSTITUITO UN GRUPPO DI LAVORO CHE NEL CORSO DEL 2016, SI È RIUNITO 4 VOLTE, TUTTE LE AZIENDE SONO STATE INVITATE, 2 NON HANNO RISPOSTO

3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma Il PRP)

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
Attuazione al 31.12.2016 Adesione pari al 61,76% per la cervice uterina, al 64,10% per la mammella, e al 59,73% per il carcinoma del colon retto	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening	Risultato atteso Predisposizione di Piano di riorganizzazione attività senologica, coerente inoltre con quanto

<p>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>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)</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016 E' stata predisposta un PDTA della neoplasia mammaria coerente con le indicazioni regionali.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Obiettivo aziendale 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 Proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DCS per l'adozione formale</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016 Attività non completata</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento Il tavolo di lavoro regionale si è riunito solo in data 19 ottobre 2016 e non ha elaborato la proposta di protocollo</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO IL GRUPPO DI LAVORO HA PRODOTTO UNA BOZZA CHE È STATA CONDIVISA E COMMENTATA IN RIUNIONE E VIA MAIL</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>Attuazione al 31/12/2016 L'attività è stata assicurata: la lettura del primo livello di screening e la gestione degli approfondimenti diagnostici viene gestito dai radiologi certificati che hanno password personale di accesso al sistema.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Obiettivo aziendale Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami</p>	<p>Risultato atteso - >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</p>

intermedi (early recall) dopo approfondimento	- percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
Attuazione al 31/12/2016 - >98,99% 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) pari al 5,69%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Risultato atteso Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
Attuazione al 31/12/2016 Compilazione cartella endoscopica: 98,39%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 Realizzati incontri di sensibilizzazione con la popolazione a Gorizia (ottobre 2016), Rivignano (31.10.2016), S. Giorgio di Nogaro (17.11.2016); sono state realizzate iniziative pubblicate sul portale nell'ambito del mese del "Nastro rosa" Gorizia; un incontro a S. Giorgio con la popolazione, un incontro nel ciclo di conferenze sulla prevenzione oncologica a Rivignano (programma UTE) "E' stata condivisa tra gli MMG e i Distretti la non praticabilità della formazione residenziale ECM, prevedendo il medesimo tema nella FSC "Clinical governance" nel contesto delle AFT. I corsi hanno avuto la durata di dieci ore: AFT di Latisana (codice 161279), AFT di San Giorgio di Nogaro (codice 16126), AFT di Cervignano del Friuli (codice 16123), AFT di Palmanova (codice 16125), AFT di Grado (codice 16144), AFT di Monfalcone (codice 16145), AFT di Staranzano (codice 16146), AFT di Cormons (codice 16130), AFT di Gorizia (codice 16131), AFT di Gradisca (codice 16132)."	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 I Distretti assicurano l'aggiornamento delle anagrafi sanitarie e verificano gli elenchi delle lettere inesitate fatte pervenire dalla DCS	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 Il passaggio delle agende CUP al call center regionale è formalmente avvenuto il 1° agosto 2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.3 Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale Partecipare ai lavori (coordinati dall'IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico	Risultato atteso Garantire la partecipazione ai lavori Collaborare alle attività propedeutiche all'adozione della procedura regionale, per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico, in tutti punti nascita
Attuazione al 31/12/2016 Attività non realizzata	
Motivazioni dello scostamento I lavori coordinati dall'IRCCS Burlo Garofolo non sono stati avviati e sono in programma per il 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	IL BURLO HA RENDICONTATO PER IL PRP CHE È STATA EFFETTUATA LA RICOGNIZIONE DELLA DOTAZIONE STRUMENTALE IN USO NEI CENTRI NASCITA. I REFERENTI DELLO SCREENING DEI PUNTI NASCITA SONO STATI INDIVIDUATI. LA PROCEDURA STANDARDIZZATA PER L'ESECUZIONE DELLO SCREENING È CONSOLIDATA IN TUTTI I PUNTI NASCITA. IL MANUALE "L'INTERVENTO PRECOCE IN AUDIOLOGIA PEDIATRICA" È STATO INVIATO A TUTTI I PUNTI NASCITA.
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
Attuazione al 31/12/2016 L'adozione formale della procedura regionale non è avvenuta in quanto il Burlo non ha avviato il programma, tuttavia è assicurata la procedura aziendale per lo screening neonatale audiologico nei due punti nascita	
Motivazioni dello scostamento	

I lavori coordinati dall'IRCCS Burlo Garofolo non sono stati avviati e sono in programma per il 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO IL BURLO HA RENDICONTATO PER IL PRP CHE È STATA EFFETTUATA LA RICOGNIZIONE DELLA DOTAZIONE STRUMENTALE IN USO NEI CENTRI NASCITA. I REFERENTI DELLO SCREENING DEI PUNTI NASCITA SONO STATI INDIVIDUATI. LA PROCEDURA STANDARDIZZATA PER L'ESECUZIONE DELLO SCREENING È CONSOLIDATA IN TUTTI I PUNTI NASCITA. IL MANUALE "L'INTERVENTO PRECOCE IN AUDIOLOGIA PEDIATRICA" È STATO INVIATO A TUTTI I PUNTI NASCITA.
Obiettivo aziendale Adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico	Risultato atteso Adottata formalmente la procedura nei punti nascita aziendali
Attuazione al 31/12/2016 L'adozione formale della procedura regionale non è avvenuta in quanto il Burlo non ha avviato il programma, tuttavia è assicurata la procedura aziendale per lo screening neonatale oftalmologico nei due punti nascita	
Motivazioni dello scostamento I lavori coordinati dall'IRCCS Burlo Garofolo non sono stati avviati e sono in programma per il 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO IL BURLO HA RENDICONTATO PER IL PRP CHE È STATA EFFETTUATA LA RICOGNIZIONE DELLE MODALITÀ OPERATIVE DI SCREENING IN USO NEI CENTRI NASCITA E INDIVIDUATI I REFERENTI. TUTTAVIA LA PROCEDURA DI SCREENING REGIONALE CON IDENTIFICAZIONE DEI PERCORSI DI INDAGINE DI PRIMO E SECONDO LIVELLO È STATA COMPLETATA, CONDIVISA CON I REFERENTI DEI CENTRI NASCITA E APPROVATA DEFINITIVAMENTE NELL'INCONTRO PLENARIO 8.2.2017
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
Attuazione al 31/12/2016 Monitoraggio eseguito su tutti i nati a partire dal 01 aprile 2016 (data inizio nuovo screening).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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> 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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Il report congiunto di attività verrà redatto e inviato alla DCS entro il mese di aprile 2017.</p> <p>Nel territorio della Provincia di Gorizia sono stati coinvolti 25 istituti scolastici su 27, attraverso le reti del Sistema What's UP e l'attivazione dei Coordinamenti benessere.</p> <p>Le scuole del territorio della Bassa Friulana sono 12. Esse sono state tutte invitate al Concorso Regionale del 7 aprile 2016. L'IC di Palmanova ha presentato molti video che sono stati caricati sul Canale YouTube, inoltre ha partecipato all'iniziativa FACESCHOOL.</p> <p>Le scuole del territorio aziendale della bassa friulana sono riunite in 10 istituti comprensivi: i progetti di promozione della salute hanno coinvolto 5 istituti comprensivi pari al 50%.</p> <p>"Progetto salute" scuola elementare Pocenia e Teor; progetto "Lucette e cerotti" scuole infanzia e primarie di Lignano, Muzzana, S. Vito al Torre, Palmanova</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Attività per le scuole primarie e secondarie di primo grado: promozione della cultura della sicurezza": vengono trattati con gli esperti i corretti comportamenti negli ambienti di vita - corretti comportamenti in strada -nozioni di primo soccorso - "Attività per le scuole primarie e secondarie di secondo grado". sono stati realizzati i seguenti incontri di sensibilizzazione: <ul style="list-style-type: none"> - antincendio e gestione delle emergenze. - Prevenzione incendi attività a rischio elevato. - 16 ore prima: Vengono esaminate 16 operazioni caratteristiche dell'attività di cantiere (uso dell'elettricità, uso della sega circolare, carico scarico automezzi, miscelazione sostanze chimiche etc). - La sicurezza, patrimonio dell'organizzazione: "<i>studenti in cantiere</i>" - Dpi terza categoria - Corso di primo soccorso - Agricoltura: lavorare in sicurezza - Cinema, lavoro e sicurezza. - Percorsi educativi attraverso l'audiovisivo: visione commentata di film 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>L'AAS si dota di un modello per descrivere i</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Flow-chart adottata formalmente</p>

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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>La Flow Chart è stata presentata alle scuole in via sperimentale ad inizio anno scolastico 2015/2016 da parte del referente del rischio (DSM), portavoce del gruppo degli esperti. Essa è scaricabile on line www.sistemawhatsup.org alla voce: http://www.sistemawhatsup.org/wp-content/uploads/2015/09/FLOW-CHART.jpg. La stessa Flow chart è presente nel documento "BENESSERE E...PROGETTI ED INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLA SCUOLA" a.s. 2016-2017.</p> <p>Il documento è scaricabile dal sito di AAS2.</p> <p>La Flow chart non è stata adottata formalmente.</p>	
<p>Motivazione dello scostamento</p> <p>La proposta di determina è stata inviata via mail il 22/12/2016 ai servizi DSM, SERT, NPI per tramite dei referenti per la gestione del rischio. La riforma dei servizi aziendali e i cambiamenti in corso presso le sedi dei CSM non hanno ancora consentito l'adozione dell'atto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Sono stati realizzati due incontri in data 24/05/16 e 8/09/16 (i verbali sono agli atti dell'Azienda)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Attivati e svolti due corsi di formazione; uno rivolto ai MMG (25/11/16 accreditato ECM) e l'altro, rivolto agli avvocati/amministratori di sostegno (02/11/2016) a cura della SOC Dipendenze</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	
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 (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	Risultato atteso Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Attuazione al 31/12/2016 Realizzate iniziative in alleanza con Comuni e associazioni (nuovi Piedibus, attività di cammino, partecipazione a convegno con intervento su attività motoria nell'anziano); l'attività di ERICA è stata estesa a 2 nuovi Comuni e consolidata in altri 4 Comuni. Progetto "Sviluppo attività di Educazione e Riabilitazione Comunitaria nel territorio dell'ASS2 ed integrazione dei progetti esistenti"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 Realizzato e pubblicato sul portale aziendale il 29.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	
Obiettivo aziendale 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
Attuazione al 31/12/2016 Mappatura effettuata ed inviata alla DCS il 30 dicembre 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo aziendale Realizzare le attività previste relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP sulla prevenzione degli incidenti domestici.	Risultato atteso Report congiunto di monitoraggio delle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS

Attuazione al 31/12/2016	
Il referente aziendale del programma ha partecipato ai lavori del gruppo regionale coordinato da ASUITS capofila; è stato redatto il report in modo congiunto con le altre aziende ed inviato alla DCS dal coordinatore del gruppo di ASUITS in data 26/1/2017. AAS2 ha realizzato il corso di formazione per operatori sanitari e MMG	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 Un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
Attuazione al 31/12/2016	
Il corso è stato realizzato a Monfalcone il 18.5.2016, con l'obiettivo di accrescere le conoscenze degli operatori sanitari, con particolare riferimento a quelli che accedono al domicilio degli utenti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Pronto soccorso: 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
Attuazione al 31/12/2016	
E' sistematicamente registrata nella gestione del paziente afferente al PS, l'incidenza di infortuni domestici (procedura specifica inclusa nell'applicativo SEI)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 all'elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Risultato atteso Report congiunto di attività alla DCS
Attuazione al 31/12/2016	
Gli operatori della struttura PSAL hanno partecipato ai lavori del gruppo regionale edilizia (GRE) che ha organizzato un incontro regionale tenutosi nella sede della Regione a Udine il 5/4/2016 per illustrare la LR 24/15 "Norme per la sicurezza dei lavori in quota e per la prevenzione di infortuni conseguenti al rischio di cadute dall'alto". Sul territorio di competenza dell'AAS2 sono stati organizzati 2 incontri sulla LR 24/15, rivolti ai tecnici comunali in data 13/5/2016 a Monfalcone e il 19/5/2016 a Palmanova. Le procedure di vigilanza, elaborate dal gruppo regionale edilizia, sui criteri stabiliti dal gruppo nazionale edilizia, sono state presentate agli operatori delle aziende sanitarie durante due incontri formativi svolti a Palmanova il 30/11/16 e 13/12/16.	
Il report di attività del gruppo regionale edilizia è stato realizzato ed inviato via mail alla DCS dal referente regionale del macro-obiettivo 7 del Programma VIII del PRP (dott.ssa B.A. di AAS3) il	

29/12/2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>SPSAL: partecipare all'elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Report congiunto di attività alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Gli operatori della struttura PSAL hanno partecipato ai lavori del gruppo regionale agricoltura svoltisi a Palmanova il 21/1/16, 4/5/16 e 20/10/16 (verbali agli atti della struttura).</p> <p>Nel corso del I quadrimestre 2016 l'ASUIUD (Azienda capofila) ha provveduto ad organizzare i corsi di formazione "Luoghi di lavoro in un'azienda agricola: flussi di lavoro, rischi specifici e fattori da controllare" e "La gestione del rischio nel comparto zootecnico: mansioni lavorative, rischi associati allo svolgimento di tali mansioni e corretta gestione dei rischi" per incrementare le competenze tecnico pratiche del personale delle SOC PSAL regionali sulle tematiche relative alla sicurezza nel comparto agricolo.</p> <p>Il gruppo regionale agricoltura (GRA), in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Agrarie dell'Università di Udine, ha elaborato il "Protocollo operativo per l'attività di vigilanza nel comparto dell'agricoltura" presentato ai portatori di interesse il 05.12.2016 a Palmanova.</p> <p>La relazione congiunta sulle attività svolta dal gruppo regionale agricoltura è stata predisposta dalla referente del gruppo regionale (di ASUIUD) ed inviata via mail ai direttori PSAL ed alla DCS in data 30/12/2016 (relazione agli atti).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>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</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Proposta di linee guida regionali</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>L'Azienda ha partecipato alla stesura di linee guida regionali, completate e trasmesse a ISS e Associazioni di categoria per eventuali osservazioni prima della trasmissione in Regione per il recepimento definitivo</p> <p>Il documento è costituito da tre linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche (tatuaggio e piercing, acconciatore, estetista), nonché dal protocollo operativo per l'uniformità delle attività di controllo</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>- Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)</p> <p>- 10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)</p>

<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>- Era stata programmata la formazione di tre auditors a livello aziendale, ma la formazione regionale non è stata attivata</p> <p>- Un auditor della SC - IAOA ha partecipato a 3 audit organizzati dalla Direzione Regionale Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria. 5 auditor qualificati hanno condotto 20 audit su imprese del settore alimentare nella AAS 2 nell'ambito del programma di mantenimento della qualifica</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento</p> <p>Nell'anno 2016 non è stato avviato il corso di formazione per auditors ufficiali a livello regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>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</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Corso realizzato</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>L'attività non è stata realizzata</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento</p> <p>Il corso non è stato organizzato entro il 2016 dall'AAS 5.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Operatori formati, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Nel corso del 2016 la DCS ha operato per l'organizzazione dei corsi per la qualifica di auditor, ma lo svolgimento dell'evento formativo da parte della DCS è avvenuto a febbraio 2017 per cui il programma di audit potrà essere realizzato nel corso del 2017.</p> <p>L'obiettivo è stato quindi realizzato compatibilmente alle indicazioni regionali.</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento</p> <p>Il corso non è stato organizzato entro fine 2016 dalla DCS. Il completamento della formazione è propedeutico all'implementazione del programma di audit.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>La lista regionale dei controlli sulle imprese è disponibile sul sito aziendale</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

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. o Agricoltura 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti o Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in atto negli ultimi 5 anni (pag 85) (Report di attività alla DCS)
--	---

Attuazione al 31/12/2016

Il report di attività è stato trasmesso dalla SC PSAL alla DCS con nota prot. 6812 dd 3/2/2017; il volume di attività di vigilanza è stato mantenuto secondo le percentuali indicate.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

Obiettivo aziendale Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Risultato atteso Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria
--	---

Attuazione al 31/12/2016

Il report di attività è stato trasmesso alla DCS con nota prot. 6812 dd 3/2/2017.

E' stato svolto evento formativo/informativo in data 5/12/2016 a Palmanova sul tema della "sicurezza sul lavoro nel comparto agricoltura in FVG", formando n. 27 operatori di aziende private ed enti del comparto agricoltura.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

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 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione realizzati in regione
---	---

Attuazione al 31/12/2016

Realizzati: 1 corso accreditato sul tema "Le malattie professionali correlate al rischio ergonomico:

<p>aspetti normativi e clinici" in collaborazione con l'Ordine dei medici e degli Odontoiatri della Provincia di Gorizia il 3/2/2016 e 2 iniziative di sensibilizzazione per il personale operante nelle strutture ospedaliere su "malattie professionali e modalità di denuncia/referto". Gli incontri si sono tenuti il 21/4/2016 presso l'Ospedale di Palmanova e l'1/12/2016 nell'ospedale di Latisana.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Il report di attività congiunto è stato inviato alla DCS dal coordinatore del gruppo regionale dell'AAS5 con nota AAS5 prot. n. 86184 dd 30/12/2016</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Adozione di regolamento regionale sul fumo - Istituzione del registro aziendale degli accertatori - Offerta di percorsi per smettere di fumare
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nell'ambito del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, in cui viene evidenziato il ruolo del Medico competente nella conservazione e promozione dello stato di salute dei lavoratori, è stata condivisa dai Medici competenti delle Aziende Sanitarie Regionali la metodologia dell'indagine. I dati raccolti sono poi stati analizzati, elaborati, discussi e rappresentati in un documento finale da parte di ASUITS. - Non è stato adottato un Regolamento Regionale sul divieto di fumo ma sono stati adottati Regolamenti nelle singole Aziende sanitarie. In AAS2 è stato formato un gruppo di lavoro aziendale per la stesura del "Regolamento per l'applicazione della tutela della salute dei non fumatori e della tutela ambientale da abbandono di mozziconi dei prodotti da fumo"; tale regolamento è stato approvato con DDG n. 627 del 07/12/2016 ed inviato a tutti i dipendenti. Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, i Direttori di SOC, il Medico competente e tutte le figure di coordinamento assicurano la sua applicazione all'interno delle rispettive strutture. - Ad oggi non c'è un registro aziendale degli accertatori, ma è stata individuata la metodologia per individuarli all'interno del Regolamento aziendale di cui sopra. - Il Servizio Dipendenze assicura l'offerta di corsi, aperti anche ai dipendenti, per chi decide di smettere di fumare. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale	MANCA REGISTRO ACCERTATORI
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Realizzare, nel biennio 2015-2016, almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Corso effettuato
Attuazione al 31/12/2016 Corso sui corretti stili di vita realizzato il 11.5.2016 per dipendenti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31/12/2016 In due degli incontri periodici tra i Direttori di Dipartimento di Prevenzione regionali è stato affrontato il tema, condividendo - il 10 ottobre - 2 possibili indicatori: accesso ai servizi per problematiche di GAP (gioco d'azzardo patologico) e adesione al programma di screening per il cancro del colon retto; è stato individuato un referente aziendale sul tema. Il report non è stato ancora predisposto da parte della DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 La struttura PSAL ha continuato ad alimentare le banche dati informo e malprof. Il report congiunto di attività del gruppo MALPROF è stato inviato a fine anno alla DCS dal coordinatore regionale del macro-obiettivo 7 del Programma IX del PRP (di AAS5). Il report congiunto di attività del gruppo regionale InForMo è stato inviato alla DCS ed ai direttori PSAL il 29/12/2016 dal referente regionale di ASUIUD.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 I dati di attività 2015 della SC PSAL sono stati inviati alla DCS con note prot. 5711 dd 29/1/2016 e prot. 25524 dd 2/5/2016; I dati di attività 2016 della SC PSAL sono stati trasmessi alla DCS con nota prot. 6812 dd 3/2/2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31/12/2016 Attività non realizzata	
Motivazioni dello scostamento software non disponibile e quindi non alimentabile	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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
Attuazione al 31/12/2016 Riallineate tutte le anagrafiche ricomprese nei codici ATECO 10.89.09b, 49.41.00b, 46.39.20e, 47.99.20c	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse	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.
Attuazione al 31/12/2016 Redatto documento su "Acque destinate al consumo nel territorio della Bassa Friulana: criticità e protocollo di indagine" e trasmesso al Direttore del Dipartimento di Prevenzione con nota prot. 74990 dd 29/12/2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Risultato atteso Partecipazione dell'azienda al tavolo VIS

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.	
Attuazione al 31/12/2016 Il tavolo regionale VIS (istituito con decreto 343 del 19.5.2015) nel 2016 si è riunito il 28.9.2016 su convocazione della DCS la partecipazione è stata assicurata con referente aziendale individuato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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. 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	Risultato atteso Un evento formativo per progettisti e uno per operatori.
Attuazione al 31/12/2016 Corso "Radon: rischi sanitari e interventi di risanamento e prevenzione" realizzato il 13.12.2016 a Palmanova, dopo averne condiviso i contenuti nel tavolo VIS nella riunione del 28.9.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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.	Risultato atteso Almeno 1 controllo eseguito
Attuazione al 31/12/2016 Le attività di controllo sono state effettuate in conformità alle indicazioni ministeriali e regionali: 2 controlli effettuati, 2 imprese controllate: rendicontazione del referente regionale su format ministeriale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Organizzare e realizzare un evento formativo sui Regolamenti (CE) Reach e CLP per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione interessati al	Risultato atteso Evento formativo realizzato

controllo sui fitofarmaci con la finalità di informare e assistere le imprese del settore.	
Attuazione al 31/12/2016 Evento realizzato a Palmanova in data 28 novembre 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Risultato atteso Evento formativo realizzato
Attuazione al 31/12/2016 La AAS2 ha coordinato il tavolo di lavoro con cui si è provveduto ad individuare il settore produttivo cui indirizzare l'evento formativo (settore del legno-arredo) e la AAS capofila per l'organizzazione e la realizzazione dell'evento stesso (AAS5). La realizzazione è stata rinviata da AAS5 per motivi organizzativi all'anno 2017 come da Linee di gestione SSR 2017.	
Motivazioni dello scostamento: La realizzazione è stata rinviata da AAS5 per motivi organizzativi all'anno 2017 come da Linee di gestione SSR 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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.	Risultato atteso Campagna informativa realizzata
Attuazione al 31/12/2016 E' stata realizzata una campagna informativa con pubblicazione del materiale sul sito internet aziendale (pagine del CRUA), e riferimento allo stesso sul sito internet della DCSPS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	Risultato atteso Report regionale di attività

<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>E' stato garantito l'accesso ambulatoriale sia a Palmanova che a Monfalcone evadendo entro il 31.12.2016 tutte le richieste di visita prenotate a CUP entro il 30.11.2016.</p> <p>Predisposto report di attività con evidenza dei pazienti presi in carico nel 2016 dal CRUA con sospetta neoplasia asbesto correlate.</p> <p>I dati di attività 2016 del CRUA sono stati inviati alla DCS per via informatica inserendoli all'interno del sistema informativo Me.LA. Per quanto attiene i dati di attività degli SPSAL regionali, il referente del gruppo regionale (di AAS3) ha inviato alla DCS il 2/9/2016 i dati di attività del 2015.</p> <p>Al momento il CRUA non ha potuto predisporre il report regionale sull'attività 2016 in mancanza dei dati forniti dalle singole Aziende circa le visite effettuate sugli ex esposti nel corso del 2016.</p> <p>E' stata inviata in data 19 aprile 2017 una nota di sollecito ai responsabili SPSAL invitandoli all'invio dei dati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>1. Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviare al COR</p> <p>2. Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM</p> <p>3. Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>- dati inviati al COR</p> <p>- schede ReNaM trasmesse</p> <p>- i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>I dati sui soggetti ex esposti vengono raccolti, protocollati ed inviati dal CRUA al COR (commissione regionale amianto) il giorno dell'iscrizione o il giorno lavorativo successivo. Copia della documentazione trasmessa è inserita nelle singole cartelle cliniche, agli atti del CRUA.</p> <p>Schede ReNaM trasmesse dalla SC PSAL con note prot. n. 1092 dd 23/2/2016, n. 14304 dd 9/3/2016, n. 15579 dd 15/3/2016, n. 18270 dd 29/3/2016, n. 19637 dd 30/3/2016, n. 27303 dd 9/5/2016, n. 28552 dd 13/5/2016, 3490 dd 10/6/2016, n. 43171 dd 18/7/2016, 57756 dd 6/10/2016, 62062 dd 15/11/2016, n. 69647 dd 30/11/2016, n. 73755 dd 21/12/2016</p> <p>Trasmessi al CRUA i dati sui soggetti attualmente esposti. Il report riepilogativo dei dati di attività 2015 inerenti al controllo dell'esposizione amianto svolta dalle PSAL regionali e dal CRUA è stato inviato alla DCS il 2/9/2016 dal referente del gruppo regionale (AAS3).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>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</p> <p>Report alla DCS con numero di operatori formati.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p>	

Un operatore del Dipartimento della prevenzione ha partecipato al corso organizzato dal Burlo a Trieste il 19.12.2016

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Piano per il monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola.</p> <p>Le AAS1, AAS2, AOOTS partecipano alle attività del programma pilota (raccolta dei campioni biologici e dei relativi questionari di esecuzione dei test)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Almeno 200 campioni per area</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>I campioni biologici non sono stati raccolti.</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento:</p> <p>L'avvio dello studio è stato ritardato dal parere sospensivo del Comitato etico, ed è effettivamente partito il 5 dicembre: la Regione ha modificato il protocollo di studio ed ha previsto la consegna dei campioni il 21 febbraio al laboratorio di Trieste. La partecipazione allo studio è stata assicurata in accordo alle indicazioni regionali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Partecipazione assicurata da dieci operatori all'evento "I sistemi di sorveglianza per la prevenzione e il controllo delle malattie prevenibili con vaccino..." ASUIUD_00077 - 11/10/2016 e 4/11/2016; partecipazione all'evento "Facciamo il punto sulla vaccinazione antirotavirus" - 9.11.2016; partecipazione di due operatori all'incontro con PLS il 14.9.2016 con intervento su malattie prevenibili con vaccino e argomentazioni scientifiche da utilizzare nei colloqui con i genitori</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Il SISP ha partecipato ai lavori della CIO per l'aggiornamento del documento sul rischio TBC in ospedale, ma non è stato possibile definire i percorsi ospedale territorio in conformità alle linee guida regionali in quanto queste ultime non sono ancora state prodotte, flow chart da definire nel 2017.</p> <p>E' stato elaborato e pubblicato su intranet il documento aziendale "Esposizione al rischio tubercolosi - piano di sicurezza"</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento</p> <p>Le linee guida regionali non sono state prodotte dal tavolo regionale, la flow chart verrà definita nel 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Nel 2014 è stato attivato il progetto P.I.T. (Percorsi Identificazione Testing) relativo alla diagnosi precoce di malattie a trasmissione ematica (patologia HIV compresa). Da quella data è proseguita l'offerta seguendo un protocollo preciso (counselling pre e post test ed accompagnamento dell'utente, in caso di siero conversione, al Servizio specialistico - M.S.T.). Anche nel corso del 2016 è stata offerta l'esecuzione del test a tutta l'utenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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"> - Miglioramento delle coperture vaccinali - Report aziendale inviato alla DCS
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Un medico del SISP ha partecipato alla condivisione del protocollo in seno al gruppo regionale (29.11.2016);</p> <p>Le coperture vaccinali per meningococco C e per varicella sono passate nel 2016 - rispetto al 2015 - da 81,5% a 83,5% e da 56,2% a 63,7% rispettivamente; inoltre è partita la vaccinazione per meningococco B (71,2%); queste 3 vaccinazioni fanno parte della nuova offerta vaccinale regionale.</p> <p>Gli altri indicatori di copertura vaccinale sono di seguito riportati:</p>	

	2015	2016	Standard obiettivo
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	90,5%	89,4%	≥ 95%
Difterite-tetano	90,9%	89,8%	≥95%
Antipolio	90,6%	89,5%	≥ 95%
Antiepatite B	90,1%	88,8%	≥95%
Vaccinazioni raccomandate MPR	80,2%	80,6%	≥ 90%
Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	51,1%	54,0%	≥70%

Le reazioni avverse sono regolarmente registrate ed il report 2016 è stato redatto, inviato alla DCS il 20.2.2017; non risulta nessuna reazione grave ai vaccini somministrati nel 2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Risultato atteso Indicatori regionali monitorati
Attuazione al 31/12/2016 Sono stati monitorati e trasmessi alla D.C.S. gli indicatori regionali relativi alle infezioni correlate all'assistenza (con nota prot. n. 49956 del 25.08.2016)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
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
Attuazione al 31/12/2016 Attività non realizzata	
Motivazioni dello scostamento La Regione non ha individuato la AAS capofila	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	PUR NON AVENDO REALIZZATO UN EVENTO DEDICATO,

	UNA FORMAZIONE È STATA REALIZZATA ASIUD_00077 DD 11.10.16 (COMUNICATO CON MAIL DEL SERVIZIO VETERINARIO REGIONALE DEL 4.10.16): HANNO PARTECIPATO ANCHE VETERINARI DI AAS2
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
Attuazione al 31/12/2016 L'Azienda ha aggiornato in corso d'anno il protocollo aziendale per la gestione dei casi di malattie trasmesse da alimenti (MTA) ed ha recepito formalmente, con nota del Direttore Sanitario dd 15/12/2016, le Linee guida regionali per la gestione dei casi/focolai di malattie da alimenti dandone debita comunicazione alla DCS con nota prot. 9721 del 17/02/2017 ed avviando la verifica di coerenza con la procedura aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 Il referente individuato ha partecipato a 3 incontri per la stesura del piano (23 marzo, 25 maggio, 13 giugno 2016) e a 2 incontri per la sua applicazione (2 agosto e 17 ottobre 2016); un medico del SISIP insieme ad altri operatori del Dipartimento ha partecipato all'incontro formativo del 29.6.2016 a Trieste; successivamente è stata data diffusione e applicazione in AAS2 dei protocolli di intervento per casi sospetti probabili o accertati di arbovirus.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31/12/2016 L'AAS trasmette settimanalmente alla DCS, via posta elettronica, il report delle prestazioni sanitarie erogate ai migranti. Copia delle mail sono conservate agli atti del Dipartimento di Prevenzione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Realizzare in modo coordinato almeno un	Risultato atteso Realizzato un intervento formativo/informativo

intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	
Attuazione al 31/12/2016 Partecipazione assicurata con 4 operatori al corso organizzato da ASUIUD (FSC AAS4_16012) "Formazione operatori sanitari addetti al controllo per le pratiche estetiche"; organizzato un intervento informativo-formativo (su malattie trasmissibili) per addetti al comparto acconciatori, posticipato e realizzato il 30 gennaio 2017 per richiesta esplicita delle associazioni; partecipato in seno al gruppo regionale a incontro formativo informativo per parrucchieri il 29.2.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Risultato atteso In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Attuazione al 31/12/2016 Per il 2016 è stata fatta un'edizione del corso a Gorizia a dicembre. Complessivamente in azienda alla data del 31.12.2016 risultano formati 106 medici prescrittori (pari al 26% dei medici prescrittori formati).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016 Il report "Epidemiologia delle Resistenze agli Antibiotici della Regione Friuli Venezia Giulia" è stato pubblicato su intranet e trasmesso via e-mail a tutti gli indirizzi aziendali di posta elettronica in data 27.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 e continuano l'allattamento anche nel periodo successivo fino all'inizio dell'alimentazione	Risultato atteso - gruppo aziendale costituito e referente individuato - adozione formale del piano
--	---

complementare	
Attuazione al 31/12/2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Definito il gruppo aziendale per la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno e individuati referenti (Delibera Aziendale n° 632 del 07/12/2016) - Non c'è stata adozione formale del piano 	
Motivazioni dello scostamento	
La tardiva identificazione del gruppo non ha consentito la stesura del Piano.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF.	Report di autovalutazione
Attuazione al 31/12/2016	
Autovalutazione effettuata secondo manuale UNICEF e trasmessa via mail il 14 dicembre 2016 ai referenti regionali del progetto "Promozione dell'allattamento al seno PRP 2015-2018".	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31/12/2016	
Censite tutte le attività e sedi soggette a gara con lettera spedita PEC.	
Partecipato alla stesura del capitolato: ambito Monfalcone, Medea, CISI.	
Elaborata la proposta (pane con meno sale, evitare lo spreco alimentare) e inviata per condivisione a tutti i SIAN della regione e alla DCS.	
Realizzata contemporaneamente la sorveglianza nutrizionale e la sicurezza alimentare in tutti i setting individuati sull'applicazione delle linee guida.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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
Attuazione al 31/12/2016	
Eseguiti n. 175 controlli rispetto ai 158 previsti.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Partecipato alla realizzazione dell'evento tenutosi il 13/12/2016 in modo coordinato tra tutti i SIAN della Regione, sotto la referenza dell'ASUITS, rivolto alle ditte di ristorazione collettiva.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 dei controlli in materia di sicurezza alimentare.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>L'Azienda ha collaborato all'elaborazione del Protocollo Regionale sulle tossinfezioni alimentari</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Effettuato il 100% dei controlli (82) sulla condizionalità, di cui:</p> <p>cod. A6 n. 4 controlli su 209 controllabili</p> <p>cod. A7 n. 8 controlli su 199 controllabili</p> <p>cod. A8 n. 4 controlli su 114 controllabili</p> <p>cod. B11 n. 19 controlli su 1070 aziende controllabili</p> <p>cod. C16 n. 8 controlli su 199 controllabili</p> <p>cod. C17 n. 4 controlli su 209 controllabili</p> <p>cod. C18 n. 35 controlli su 652 controllabili</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>100% degli interventi previsti dalla programmazione regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

<p>parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2015</p>	<p>valutazioni del rischio programmati - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016 Eseguiti n. 1022 interventi ispettivi (SIAN + VET SIAOA) su un totale di 4571 imprese registrate come da modello A trasmesso alla Regione. Eseguiti n. 6 audit SIAN + 20 VET-SIAOA Eseguiti n. 608 campioni ufficiali di alimenti. Eseguite 320 valutazioni del rischio.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>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.</p>	<p>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...</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016 Il programma è stato svolto secondo quanto riassunto nella relazione dd 14/2/2017 prodotta dal Referente regionale (di AAS5). Nel corso del 2016 il gruppo di lavoro regionale del progetto Piccole Produzioni Locali ha svolto numerose attività operando in modo da creare o consolidare sinergie con altri portatori di interesse. E' stata mantenuta la collaborazione con l'Assessorato regionale all'Agricoltura, l'Università, la Coldiretti, le Fattorie Sociali; è stata attivata la collaborazione con Federsanità, AUSER, Istituti agrari, ERSA e Camera di commercio. In regione attualmente risultano in attività 58 aziende PPL. Nel corso del 2016 sono stati realizzati, in ambito regionale: 6 corsi di formazione per i prodotti a base di carne, 3 corsi per i prodotti vegetali e da forno, 4 corsi di formazione per il miele ed 1 corso per i prodotti a base di latte. Si sono tenuti numerosi incontri informativi con la popolazione, i Comuni e altri stakeholders tra cui, nel territorio AAS2: a Monfalcone con LILT, Federsanità e IAL e a Grado con le Associazioni Pescatori e Valli di Pesca. Gli operatori dei DP delle AAS regionali e del parco Agroalimentare hanno effettuato complessivamente 218 sopralluoghi con prelievi ed analisi di campioni ed un'efficiente azione di counselling, informazione, formazione.</p>	

Il tavolo regionale sta valutando nuove soluzioni per favorire, nel corso del 2017, una maggiore adesione al Progetto attraverso la costruzione di sinergie con altri stakeholders ed ampliando la propria attività su altri prodotti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>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</p> <p>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>

Attuazione al 31/12/2016
Effettuato il 100% dei controlli sierologici sugli arieti > 6 mesi adibiti alla riproduzione (8 capi).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità</p>

Attuazione al 31/12/2016

Controllate n. 10 aziende suine da riproduzione (100%) soggette a controllo sierologico con frequenza quadrimestrale compatibilmente con le deroghe tutto pieno/tutto vuoto e i vuoti di stalla con 1.720 campioni di sangue;

Controllate n. 28 aziende suine da ingrasso > 30 capi (100%) soggette a controllo sierologico con frequenza quadrimestrale compatibilmente con le deroghe tutto pieno/tutto vuoto con 1874 campioni di sangue;

Controllate n. 76 aziende suine da ingrasso (< 30 capi) soggette a un unico controllo sierologico con criterio di casualità con 92 prelievi (100%)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>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</p> <p>n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2015</p>

Attuazione al 31/12/2016
Eseguiti n. 47 controlli sul benessere animale in allevamento

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.</p>

Attuazione al 31/12/2016
Effettuato il 100% dei controlli pianificati per anagrafe zootecnica pari a n. 4 allevamenti

ovicaprini su 114 controllabili.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31/12/2016 Effettuato il 100% dei controlli sulle 15 strutture del territorio AAS n. 2, di cui: n. 5 strutture di ricovero e custodia convenzionate n. 10 strutture ricovero e custodia non convenzionate	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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"> - la gestione dell'appropriatezza del ricorso alla specialistica ambulatoriale; - la gestione dell'appropriatezza della prescrizione farmaceutica; - la gestione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (per quanto di pertinenza dell'assistenza primaria); - la gestione della malattia cronica secondo modelli innovativi; - l'avvio della medicina di iniziativa ad iniziare dal diabete e dalla fragilità; - 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; - la prevenzione attraverso la promozione degli screening oncologici e la promozione delle vaccinazioni sia nell'età adulta che in quella pediatrica/evolutiva. 	<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>
--	--

Attuazione al 31/12/2016

Non sono state emanate indicazioni regionali Piano Assistenza Primaria.

Tutte le AFT sono state istituite (decreto DG 435 24/08/2016 allegato).

Istituiti in via sperimentale il CAP di Grado (Decreto DG n. 518/2016) e di Cormons (Decreto DG n.

685/2016) l'avvio della sperimentazione di quest'ultimo è subordinata alla realizzazione dei presupposti riferiti all'autorizzazione regionale e alla verifica aziendale dei requisiti di funzionamento della nuova medicina di gruppo integrata denominata "Dottori nei Comuni".

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>In armonia con l'articolo 19 della legge 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</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Realizzati almeno 2 incontri strutturati per Distretto.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p><u>Distretto Est:</u></p> <p>Palmanova 21/07/2016 Fiumicello 01/12/2016</p> <p><u>Distretto Ovest:</u></p> <p>- 9 marzo 2016 S. Giorgio di N. presentazione progetto ERICA a popolazione e Associazioni di Volontariato; 15 aprile 2016 S. Giorgio di N. incontro informativo con le OO.SS. dei Pensionati in tema di Riordino del SSR; 30 settembre 2016 S. Giorgio di N. incontro "Comunità locali e fenomeni migratori - Aspetti demografico-sanitari"; organizzazione del corso accreditato ECM "Medicina e migrazioni: aspetti sociali, epidemiologici, normativi e relazionali" raccolto ai MMG e PLS (Gradisca d'Isonzo 06.04.2016, S. Giorgio di N. 13.04.2016); 29 settembre 2016 Rivignano-Teor organizzazione di una serata informativa in tema di "Campagna regionale di screening e stili di vita a rischio cardio-vascolare" nell'ambito dell'iniziativa "In-Formare Salute & Benessere" organizzata dal comune con il patrocinio di AAS2.</p> <p>Incontri con la popolazione sui temi del lutto si sono svolti nei seguenti Comuni: Muzzana Del Turgnano 12/2/2016, Ronchis 4/3/2016, Torviscosa 01/4/2016, Pocenia 13/5/2016, Rivignano -Teor 3/6/2016 e 2/9/2016, Porpetto 7/10/2016, Lignano Sabbiadoro 18/11/2016; Il gruppo di sostegno al lutto si è svolto a Latisana dal 10/10/16 al 28/11/16 a cadenza settimanale.</p> <p><u>Distretto Alto Isontino:</u></p> <p>effettuati due incontri con popolazione nei comuni di Mossa il 20/10/16 e a Gorizia il 15/12/16</p> <p><u>Distretto Basso Isontino:</u></p> <p>Incontri svolti a San Canzian d'Isonzo il 10/11/16 e a Grado il 1/12/16.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Partecipato alle riunioni dell'Organismo Tecnicamente Accreditante, messa a disposizione di valutatori formati, come da programma annuale.</p> <p>Effettuata l'autovalutazione dei requisiti di autorizzazione e accREDITamento.</p> <p>A seguito della visita del Gruppo di valutazione Regionale per l'AccREDITamento, effettuata nella settimana dal 6 al 10 giugno 2016, tutte le sedi ospedaliere sono state giudicate autorizzabili con piano di adeguamento e accreditabili con riserva.</p> <p>E' in corso l'implementazione delle azioni del piano di miglioramento.</p> <p>Sono stati messi a disposizione della Direzione Centrale Salute i valutatori formati, come da programma regionale.</p> <p>Gli ospedali della AAS2 sono accreditati in assenza di requisiti essenziali non conformi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Attuato gradualmente il programma regionale.</p>
---	---

<p>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 qualitativi, 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>	
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Avviato il programma regionale di sviluppo della nuova offerta di odontoiatria sociale in collaborazione con il responsabile regionale prof. Di Lenarda, con realizzazione della mappatura dei servizi odontoiatrici attualmente esistenti e partecipazione agli incontri tecnici e sopralluoghi da parte del personale assegnato a questa nuova linea di offerta.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari. Cure palliative (vedi linea 3.4.3 Reti di patologia)</p>	
<p>Obiettivo aziendale</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>Risultato atteso</p> <p>Attuato l'Atto Aziendale con l'istituzione di una SOC di Cure Palliative.</p> <p>Partecipato alla formazione regionale.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>In attuazione dell'Atto Aziendale, nell'ambito del Dipartimento Assistenza Primaria, è stata attivata la SOC di Cure Palliative ed è stato affidato l'incarico al direttore con decreto n. 277 dd 9.6.2016.</p> <p>Partecipato alla formazione regionale sulle Cure Palliative tenutasi il 15.12.2016</p> <p>Definito il modello della rete delle Cure Palliative nell'AAS 2 ai sensi del DGR n. 165/2016 e</p>	

trasmesso alla Direzione aziendale in data 29.12.2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

Salute mentale

Obiettivo aziendale

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.

Risultato atteso

Saranno oggetto di monitoraggio regionale i seguenti obiettivi:

- 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

Attuazione al 31/12/2016

Il risultato è stato raggiunto con il rientro di un adulto assistito fuori regione. Il progetto di cura e riabilitazione si è concretizzato e sviluppato (dal febbraio 2016) sul territorio e comprende: terapia farmacologica e suo monitoraggio, supporto/accompagnamento psicologico a cadenza settimanale, attivazione di una b/l.

E' stata data continuità al Progetto Aziendale "Passaggio dall'età evolutiva all'età adulta". Sono stati dimessi dalla comunità terapeutica 2 utenti.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale

Servizi di riabilitazione

Risultato atteso

Realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica con aumento del numero di educatori professionali rispetto a medici ed infermieri

Attuazione al 31/12/2016

Obiettivo non realizzato

Motivazione dello scostamento

Nel corso del 2016 non si sono verificate le condizioni organizzative ed economiche per il perseguimento dell'obiettivo.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale

Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva in attuazione agli impegni

Risultato atteso

Avviata la rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.

<p>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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Per dare avvio alla rete dei servizi sono stati effettuati i seguenti incontri:</p> <ul style="list-style-type: none"> -03.11.16 incontro con Ambiti Alto e Basso Isontino; -04.11.16 incontro aziendale per la definizione dell'organizzazione delle strutture; -07.11.16 incontro operatori NPI e EEFD del DBI e DAI, -08.11.16 incontro Consulta dei Disabili; -10.11.16 incontro operatori DAI -16.11.16 Audit tra NPI DSM Ambiti SS e EEFD; -25.11.16 incontro operatori NPI e EEFD a Go per valutazione casi; -28.11.16 incontro referenti sedi distrettuali NPI; -05.12.16 incontro medici NPI -12.12.16 incontro NPI e EEFD. <p>Predisposto il piano di lavoro per utenti minori con gravi disabilità cognitive-motorie accolti "Ai Girasoli".</p> <p>E' assicurata la partecipazione al nuovo Tavolo Salute Mentale Età Evolutiva</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>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</p> <p>Definito e consolidato il percorso strutturato per la presa in carico delle DCA.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>E' stato attivato un percorso di analisi della situazione esistente per la presa in carico delle persone con DCA tra i quattro CSM aziendali che ha messo in evidenza le diversità esistenti.</p> <p>E' stato prodotto un documento preparatorio per la stesura del protocollo che uniformi la modalità organizzativa di presa in carico nel 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Sviluppo di progetti per l'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Evidenza della progettualità.</p>

<p>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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Redatto il documento denominato "Rete Gaetano Perusini. La rete professionale demenze dell'A.A.S. 2 Bassa Friulana – Isontina" è stata istituita con DDG n. 255 dd 26/5/2016</p> <p>Agli incontri del Gruppo aziendale demenze organizzati dai Distretti hanno partecipato anche medici psichiatri</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Obiettivo aziendale</p> <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</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Adottata la classificazione ICF modificata Vilma FABER</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Adottata la classificazione ICF modificata Vilma FABER, 19 operatori hanno partecipato agli eventi formativi nelle date 19 e 20.04.2016, 31.05 e 01.06.2016, 27 e 28.09.2016</p> <p><u>CSM PALMANOVA</u>: Sono stati rivalutati i progetti di 12 persone, già inseriti nel data base nel 2015</p> <p><u>CSM LATISANA</u>: Sono stati rivalutati i progetti di 5 persone, già inseriti nel data base nel 2015, di cui un progetto concluso nel corso del 2016</p> <p><u>CSM ALTO ISONTINO</u>: Sono stati rivalutati i progetti di 20 persone, già inseriti nel data base nel 2015,</p> <p><u>CSM BASSO ISONTINO</u>: Proseguito monitoraggio casi inseriti 2015, effettuate 6 interviste nel 2016.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p>	

Il manuale non è stato diffuso	
Motivazioni dello scostamento La traduzione non è ancora disponibile.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO LA TRADUZIONE NON È ANCORA DISPONIBILE

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

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.
Attuazione al 31/12/2016 Partecipazione agli incontri proposti dall'Osservatorio regionale sulle Dipendenze nelle seguenti date: 18 gennaio; 1 febbraio; 7 marzo; 24 marzo; 5 maggio; 23 maggio; 17 giugno; 19 settembre; 2 novembre; 20 dicembre.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	Risultato atteso Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'Osservatorio.
Attuazione al 31/12/2016 Attività assicurata, a seguito delle attività dell'Osservatorio è stato prodotto un report	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Risultato atteso Partecipato ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale
Attuazione al 31/12/2016 Gli operatori individuati (assistenti sociali, educatori professionali, amministrativi) hanno partecipato al tavolo regionale sugli strumenti terapeutico riabilitativi nelle seguenti date: 26 luglio; 4 agosto; 29 agosto; 12 settembre; 13 ottobre; 10 novembre; 20 dicembre. Esiste la relazione sulle attività svolte	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	Risultato atteso Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.
Attuazione al 31/12/2016 Gli utenti in carico nel corso del 2016 sono stati 1332 così suddivisi per patologia (tossicodipendenti 577; alcolodipendenti 406; tabagisti 77; giocatori d'azzardo 88; attività medico	

legali 184).

Considerando i tre indicatori di outcome definiti, ci sono stati, per ogni patologia:

a) drop out (abbandoni): 22; 36; 13; 22; 1.

b) suicidi: nessuno.

c) overdosi: 3 decessi per probabile overdose da sostanze d'abuso.

Fonte: il gestionale MFP5, strumento in dotazione a tutte le Strutture per le Dipendenze della Regione FVG

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale

Nel corso del 2015 le Aziende per l'assistenza sanitaria hanno contribuito alla revisione del Protocollo inter istituzionale di collaborazione con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria, di prossima approvazione.

Risultato atteso

L'Azienda presenterà entro il primo semestre del 2016 il Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari, coerente con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale.

Attuazione al 31/12/2016

Protocollo condiviso con la Direzione dell'Istituto Penitenziario entro il 30.06.2016

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale

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.

Saranno promosse iniziative di formazione che riguardano la progettualità terapeutico

Risultato atteso

Partecipato alla formazione regionale e alla valutazione del percorso di avvio delle REMS

individuale e la realizzazione di azioni finalizzate alla dimissione e il reinserimento sociale delle persone internate, anche con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria.	
Attuazione al 31/12/2016 Partecipato agli incontri sul tema organizzati dalla Direzione Regionale il 31.03.2016, 14.10.2016 e ad un incontro sulla contenzione in psichiatria il 22.03.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari	
Riabilitazione	
<p>Obiettivo aziendale</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 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>Risultato atteso</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>
Attuazione al 31/12/2016	
<p>Sono stati individuati e attivati i posti letto di riabilitazione ospedaliera come descritto nella "linea n. 3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015" ed è stato avviato 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>A livello territoriale è stata elaborata una bozza di revisione dei posti letto di riabilitazione in RSA che ha trovato formale adozione nel 2017 con decreto del DG 39 del 26.01.2017 identificando in 33 il n° posti letto complessivi adibiti a funzione riabilitativa nelle RSA a gestione diretta.</p> <p>Attivato il Dipartimento funzionale di Riabilitazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisposto il regolamento del Dipartimento Funzionale Aziendale di Riabilitazione (componente tecnica) - Formalizzazione della funzione "Consulente alla Pari" - Prosecuzione attività tavolo tecnico della riabilitazione con soggetti pubblici e privati convenzionati - Redatto protocollo di Riabilitazione cardiologica e di Neuro-riabilitazione 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari**Percorso nascita****Obiettivo aziendale**

Partecipare alle riunioni del Comitato Percorso nascita regionale, sullo stato di attuazione delle suddette linee di azione:

- rispetto da parte dei Punti Nascita pubblici e privati delle misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012
- 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.
- integrazione ospedale e assistenza primaria anche attraverso l'implementazione di un'Agenda della Gravidanza
- predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non
- azioni per la promozione di un ricorso al taglio cesareo, al parto operativo e al parto indotto appropriato a livello regionale
- 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 naturalità dell'evento nascita attraverso percorsi che privilegino il ruolo dell'ostetrica nella gravidanza fisiologica e la gestione presso i servizi dell'assistenza primaria.
- adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita
- implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato

Risultato atteso

I referenti aziendali partecipano alle riunioni del Comitato e collaborano attivamente alle attività allo stesso attribuite dal Decreto suddetto.

L'Azienda mette in atto le azioni idonee all'attuazione degli obiettivi previsti delle linee di azione.

di peso > 2500 grammi - temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani aziendali di formazione.	
Attuazione al 31/12/2016 I referenti hanno partecipato alle riunioni e sono stati attivati i percorsi stabiliti a livello regionale. Le principali attività svolte sono: - Avvio dello screening neonatale allargato che dal 01 aprile 2016 viene inviato a Padova (e non più a Verona) L'IRCCS Burlo è referente regionale di questo progetto - Realizzati i protocolli per lo STAM (trasporto della donna gravida) e dello STEN (trasporto del neonato) dai centri periferici ai due centri hub Trieste e Udine - Definita e divulgata la raccomandazione sul "parto indotto" - Prosecuzione dei lavori per la "Agenda della gravidanza"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

Diabete

Obiettivo aziendale 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.	Risultato atteso Applicato il percorso regionale
Attuazione al 31/12/2016 Vengono regolarmente applicate le raccomandazioni previste dalle linee-guida regionali sulla malattia diabetica, anche in gravidanza. (40 donne sono state inviate al Centro diabetologico). N. 36 pazienti in gestione integrata (da avvio obiettivo settembre 2016). Elaborato percorso ospedaliero gestione paziente diabetico con indicazione delle categorie di pazienti. Partecipazione alle giornate formative regionali del percorso assistenziale della Malattia Diabetica, definito il percorso di condivisione con la Medicina Generale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari.

Autismo

Obiettivo aziendale 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	Risultato atteso L'Azienda contribuirà con i propri rappresentanti esperti nella materia alla definizione della rete di assistenza.
---	--

<p>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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>E' stata garantita la partecipazione al Tavolo Tecnico per l'Autismo, è stato prodotto un documento finale dei lavori del Tavolo Autismo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari.</p> <p>Consultori familiari</p>	
<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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Non ci sono state convocazioni da parte della DCS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>NON CI SONO STATE CONVOCAZIONI DA PARTE DELLA DCS</p>

<p>3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari.</p> <p>Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale.</p>	
<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</p>

	regionale ed alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.
Attuazione al 31/12/2016	
<p>1) Partecipato alla rete europea per l'Invecchiamento attivo "European Innovation Partnership on active and healthy ageing"(EIP-AHA): l'AAS2 è inserita in due gruppi di lavoro (Action Group) B3 (promozione delle attività previste nei PDZ per l'integrazione e l'applicazione di nuovi modelli di gestione organizzativi) e D4 (promozione di attività legate all'Age Friendly Tourism).</p> <p>2) Partecipato al progetto Mattone Internazionale ora PRO.M.I.S.</p> <p>3) Partecipato al GECT-GO Gruppo europeo di cooperazione territoriale: l'AAS2 partecipa assieme ai partner sloveni (Ospedale Splošna bolnišnica Franca Derganca e Zdravstveni dom di Nova Gorica) alla realizzazione del Network di servizi sanitari transfrontalieri. Le attività previste in ambito sanitario riguardano i seguenti temi: Salute Mentale, Autismo, CUP transfrontaliero, Gravidanza fisiologica. Nel corso del 2016 AAS2 ha realizzato diversi incontri per presentare il progetto definitivo; le attività approvate e finanziate inizieranno nel 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti.

Obiettivo aziendale

Cuore

Risultato atteso

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

Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 210

Attuazione al 31/12/2016

Garantita la partecipazione alle riunioni indette dalla Direzione Centrale della Salute. Il tavolo tecnico regionale ha prodotto il "Consensus sullo Scompenso Cardiaco", mentre non ha affrontato compiutamente il percorso assistenziale a valenza regionale relativo ai pazienti trapiantati

indicatore	target	2015	2016
Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	240,6	268,6

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale

Rene

Risultato atteso

Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati

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), contributo all'aumento di trapianto da vivente (almeno 8 casi in regione)

Attuazione al 31/12/2016

Partecipato ai tavoli regionali per la formalizzazione di due PDTA:

- PDTA trapianto renale;

• PDTA MRC

Nel corso del 2016 è stato ottenuto l'accreditamento per lo svolgimento della dialisi peritoneale anche per la struttura di Palmanova-Latisana. Pertanto è stato potenziato il programma di dialisi peritoneale e al 31/12/16 i pazienti erano così distribuiti: trapiantati 122, dialisi peritoneale 26, emodialisi 187 (55,8%)

Oltre il 75% dei nuovi dializzati eligibili a trapianto renale sono stati messi in lista entro 6 mesi dal consenso. Sono stati proposti 5 trapianti da vivente

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
---------------------------------------	----------------------------------

Obiettivo aziendale Fegato	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati
-------------------------------	---

Attuazione al 31/12/2016

L'attività non realizzata

Motivazione dello scostamento

Il tavolo regionale non è stato convocato

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
---------------------------------------	----------------------

Obiettivo aziendale Pancreas	Risultato atteso 1. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera pancreas 2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti
---------------------------------	--

Attuazione al 31/12/2016

Partecipazione al tavolo regionale su "Gestione del diabete in ospedale" edizioni: 6/10/2016 e 30/11/2016

indicatore	target	2015	2016
Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	< 53	62,0	62,0

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO STRALCIATO
---------------------------------------	--

Obiettivo aziendale Polmone	Risultato atteso 1. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera polmone 2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni
--------------------------------	---

Attuazione al 31/12/2016

Il tavolo regionale è stato convocato il 18 ottobre, ma non vi è stata partecipazione da parte

dell'AAS2.

indicatore	target	2015	2016
Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 70	39,7	43,2

Motivazione dello scostamento

Il referente aziendale individuato è stato impossibilitato a partecipare

Valutazione Direzione Centrale Salute

1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

2. OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.2 Emergenza urgenza

Obiettivo aziendale

Ictus

Risultato atteso

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

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

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))

Attuazione al 31/12/2016

- È stato predisposto il protocollo Trombolisi in accordo con le strutture aziendali coinvolte e con gli Hub (PROT_02_00_DMO/G-M del 04/07/2016)
- non ci sono stati casi in azienda di pz eligibili alla trombolisi
- 29 sono stati i pazienti trasferiti agli Hub
- E' stato redatto il protocollo di neuroriabilitazione, ma non è stata ancora attivata la riabilitazione intensiva (al 31.12.2016)
- Il teleconsulto neurologico con Udine è telefonico e non di trasferimento di immagini
- La trombolisi non è attiva in Area di emergenza a Latisana
- I pazienti vengono centralizzati

Da dicembre è presente nella documentazione clinica la scala Barthel Index e la Rankin Scale modificata

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale Emergenze cardiologiche	Risultato atteso 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														
Attuazione al 31/12/2016 Attività non realizzata. Individuato referente aziendale.															
Motivazioni dello scostamento Non ci sono state convocazioni per il 2016															
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO STRALCIATO													
Obiettivo aziendale Trauma	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno l'80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.														
Attuazione al 31/12/2016 Non ci sono state convocazioni dei tavoli regionali della rete trauma.															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>indicatore</th> <th>target</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>% pazienti trattati per frattura di femore entro 48 ore</td> <td>>= 80%</td> <td>68,61%</td> <td>62,69%</td> </tr> </tbody> </table>				indicatore	target	2015	2016	% pazienti trattati per frattura di femore entro 48 ore	>= 80%	68,61%	62,69%				
indicatore	target	2015	2016												
% pazienti trattati per frattura di femore entro 48 ore	>= 80%	68,61%	62,69%												
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO NON RAGGIUNTO													
Obiettivo aziendale Pronto soccorso ed emergenza urgenza	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, ad almeno l'80% (spoke) Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke)														
Attuazione al 31/12/2016															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>indicatore</th> <th>target</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PS codice verde entro 1 ora</td> <td>>= 80%</td> <td>67,74%</td> <td>64,45%</td> </tr> <tr> <td>PS codice verde non inviati al ricovero - permanenza entro 4 h</td> <td>>= 85%</td> <td>80,96%</td> <td>76,47%</td> </tr> </tbody> </table>				indicatore	target	2015	2016	PS codice verde entro 1 ora	>= 80%	67,74%	64,45%	PS codice verde non inviati al ricovero - permanenza entro 4 h	>= 85%	80,96%	76,47%
indicatore	target	2015	2016												
PS codice verde entro 1 ora	>= 80%	67,74%	64,45%												
PS codice verde non inviati al ricovero - permanenza entro 4 h	>= 85%	80,96%	76,47%												
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO NON RAGGIUNTO													

3.4.3 Reti di patologia	
Obiettivi aziendali Malattie rare	Risultato atteso 1. Partecipato con propri professionisti all'elaborazione e organizzazione delle reti, ove richiesto. Adozione delle modalità operative-gestionali dei percorsi assistenziali individuati. 2. Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001
Attuazione al 31/12/2016 Proseguita nel 2016 l'attività già in atto. Adottate le modalità operative-gestionali dei percorsi assistenziali individuati. Mantenuto il flusso informativo al registro ove previsto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Malattie reumatiche	Risultato atteso Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico
Attuazione al 31/12/2016 Il tavolo di lavoro è stato convocato il 10.05.2016 e il 13.12.16, agli incontri ha partecipato il referente aziendale. Sono stati elaborati i PDTA per osteoartrosi ed osteoporosi. Il documento PDTA regionale "Malattie reumatiche croniche" 2016 è stato pubblicato sul sito internet della regione FVG e su Intranet aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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	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

<p>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>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.</p>	<p>5. In attesa del valore di riferimento 2015.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>1. Il referente aziendale, direttore della SOC Cure palliative ha partecipato agli incontri del gruppo regionale istituito con nota prot. 8235 del 23/04/16 del direttore centrale salute con la finalità di</p> <p>a. produrre una proposta di modello organizzativo della rete delle <i>cure palliative e della rete terapia del dolore</i> dell'età adulta, che è stata deliberata dalla Giunta regionale con DGR n. 165/16</p> <p>b. di produrre una proposta di progetto formativo che è stato adottato con decreto 1288/16 del direttore dell'area assistenza primaria regionale e per il quale ha collaborato anche in qualità di docente</p> <p>c. Ha partecipato anche alle attività di monitoraggio delle reti</p> <p>2. RSA/HOSPICE LATISANA (7 POSTI LETTO) E PALMANOVA (4 POSTI LETTO ALL'INTERNO DELL'RSA)</p> <p>In RSA/HOSPICE vengono utilizzate due scale per la valutazione, registrazione e trattamento del dolore in base al grado di coscienza/incoscienza del paziente trattato, ovvero la scala PAINAID e la NRS (scala numerica semplice).</p> <p>La valutazione del dolore in RSA viene effettuata tutti i giorni e ad ogni episodio doloroso che compare durante il ricovero. Le rilevazioni vengono registrate nell'apposita scheda NRS (personale per ciascun utente) inserita in cartella clinica, riportando puntualmente il punteggio rilevato, la data e ora della rilevazione, la firma dell'operatore, il trattamento (se NRS > a 4, indicando con una T), e la successiva rivalutazione entro due ore dalla somministrazione della terapia.</p> <p>In HOSPICE la valutazione del dolore viene effettuata tre volte al giorno(ad ogni turno di lavoro) e ogni qualvolta si rilevi la comparsa di episodio doloroso. Le rilevazioni devono essere registrate nella "scheda rilevazione dolore dell'hospice".</p> <p>SID (Servizi Infermieristici Domiciliari) TERRITORIALI DISTRETTO OVEST (LATISANA-SAN GIORGIO DI NOGARO)</p> <p>Per la valutazione, registrazione e trattamento del dolore a domicilio vengono utilizzate tre scale: La NRS nei pazienti con capacità cognitive integre, la scala PAINAID nei pazienti con capacità cognitive compromesse, la scala FLACC nei neonati a termine fino ai sette anni.</p> <p>La valutazione del dolore viene effettuata dall'infermiera al primo accesso domiciliare e registrata nell'apposita scheda che fa parte del dossier di cura del paziente. (tenuto nei SID territoriali di competenza).</p> <p>Viene rivalutato a tutti gli accessi successivi solo nei pazienti con dolore, qualora ci sia rilevazione di dolore con valore > a 4 viene contattato l'MMG e la condizione viene rivalutata dopo 2 ore</p>	

dall'eventuale trattamento.

Per i pazienti in carico alle cure Palliative se lo specialista ha prescritto terapia farmacologica con analgesici (abituamente oppioidi), il monitoraggio del dolore avviene attraverso la somministrazione del TIQ (Therapy Impact Questionnaire) con frequenza personalizzata dettata dallo specialista in relazione al farmaco assunto e alla complessità clinica del paziente.

I report aziendali deriveranno dagli audit effettuati sulle cartelle dei pazienti in cure palliative.

SID (Servizi Infermieristici Domiciliari) TERRITORIALI DISTRETTO EST (PALMANOVA-CERVIGNANO)

Per la valutazione, registrazione e trattamento del dolore a domicilio vengono utilizzate tre scale:

La NRS nei pazienti con capacità cognitive integre, la scala PAINAID nei pazienti con capacità cognitive compromesse, la scala FLACC nei neonati a termine fino ai sette anni.

La valutazione del dolore viene effettuata dall'infermiera al primo accesso domiciliare e registrata nell'apposita scheda che fa parte del dossier di cura del paziente. (tenuto nei SID territoriali di competenza alla chiusura, e al domicilio del paziente durante la presa in carico).

Viene rivalutato a tutti gli accessi successivi solo nei pazienti con dolore, qualora ci sia rilevazione di dolore con valore > a 4 viene contattato l'MMG e la condizione viene rivalutata dopo 2 ore dall'eventuale trattamento.

Per i pazienti in carico alle cure Palliative se lo specialista ha prescritto terapia farmacologica con analgesici (abituamente oppioidi), il monitoraggio del dolore avviene attraverso la somministrazione del TIQ (Therapy Impact Questionnaire) con frequenza personalizzata dettata dallo specialista in relazione al farmaco assunto e alla complessità clinica del paziente.

I report aziendali deriveranno dagli audit effettuati sulle cartelle dei pazienti in cure palliative.

RSA/HOSPICE GORIZIA (5 POSTI LETTO ALL'INTERNO DELL'RSA)

In RSA/HOSPICE viene utilizzata la scala NRS.

La valutazione viene effettuata tutti i giorni e ad ogni episodio doloroso che compare durante il ricovero. Le rilevazioni vengono registrate nell'apposita scheda inserita in cartella clinica, riportando puntualmente il punteggio rilevato, la data e ora della rilevazione, la firma dell'operatore, il trattamento (se NRS> a 4, indicando con una T), e la successiva rivalutazione entro due ore dalla somministrazione della terapia.

SID TERRITORIALE DISTRETTO ALTO ISONTINO CORMONS (GORIZIA)

Per la valutazione, registrazione e trattamento del dolore a domicilio vengono utilizzata la scala NRS.

La valutazione del dolore viene effettuata dall'infermiera al primo accesso domiciliare e registrata nell'apposita scheda di valutazione del dolore tenuta nella cartella integrata al domicilio del paziente.

Viene rivalutato a tutti gli accessi successivi solo nei pazienti con dolore e registrato nella scheda infermieristica, qualora ci sia rilevazione di dolore con valore > a 4 viene contattato l'MMG e la condizione viene rivalutata dopo 2 ore dall'eventuale trattamento.

RSA/HOSPICE MONFALCONE (5 PL ALL'INTERNO DEL RSA)

In RSA/HOSPICE viene utilizzata la scala NRS per la valutazione, registrazione e trattamento del dolore.

La valutazione del dolore in RSA/HOSPICE viene effettuata tutti i giorni e ad ogni episodio doloroso che compare durante il ricovero. Le rilevazioni vengono registrate nella scheda di terapia

spazio dedicato, inserita in cartella clinica, riportando puntualmente il punteggio rilevato, la data e ora della rilevazione, la firma dell'operatore, e la successiva rivalutazione entro due ore dalla somministrazione della terapia.

SID TERRITORIALE DISTRETTO BASSO ISONTINO MONFALCONE

Per la valutazione, registrazione e trattamento del dolore a domicilio vengono utilizzata la scala NRS.

La valutazione del dolore viene effettuata dall'infermiera al primo accesso domiciliare e registrata nell'apposita scheda di valutazione del dolore tenuta nella cartella integrata al domicilio del paziente.

Viene rivalutato a tutti gli accessi successivi solo nei pazienti con dolore e registrato nella scheda infermieristica, qualora ci sia rilevazione di dolore con valore > a 4 viene contattato lo specialista/palliativista e la condizione viene rivalutata dopo 2 ore dall'eventuale trattamento.

3. Partecipato in qualità di componente del Coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore all'incontro di monitoraggio per lo stato di avanzamento delle reti avvenuto il 22/06/16.

4. La trasmissione dei flussi informativi avviene a cadenza trimestrale. I dati vengono raccolti tramite compilazione database dedicato fornito dalla Direzione Centrale per tutti i pazienti ricoverati. Per il basso e alto Isontino tale procedura non è ancora avviata.

5. L'incremento dei decessi al domicilio nell'anno 2016 rispetto all'anno 2015 è stato del 15,92%

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.4 Materno – infantile

Obiettivo aziendale

In seguito ai cambiamenti demografici in corso, nell'area materno-infantile si sta assistendo ad una contrazione del fenomeno delle nascite con ripercussione anche sull'attività delle Pediatrie e delle strutture di chirurgiche con casistica in età pediatrica. È necessario, pertanto, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico

Risultato atteso

In particolare per il 2016 saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica

Attuazione al 31/12/2016

Avviato il percorso presso le sedi di Latisana, a Palmanova si sta effettuando la formazione delle ostetriche assegnate a tale ambulatorio. Per quanto riguarda il territorio isontino la gestione del percorso per la gravidanza fisiologica è attivo e gestito dalle ostetriche dei consultori familiari.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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; valore AAS2 2015 pari a 13,9%).

Attuazione al 31/12/2016	
% Parti Cesarei depurati anno 2016: 12.6%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	3. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2014 pari a 26,78% - fonte Bersaglio; valore AAS2 2015 pari a 21,6%).
Attuazione al 31/12/2016	
% Parti indotti farmacologicamente anno 2016: 18.8%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.5 Sangue ed emocomponenti	
<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 inappropriatezza (superiore al 10%).</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Il CUVB partecipa a garantire la sicurezza trasfusionale nel 100% dei casi. Partecipa ai programmi Regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale in quanto oltre ad eseguire i test, periodicamente esegue analisi statistiche sulla prevalenza e incidenza dei donatori positivi, che vengono inviate all'Istituto Superiore di Sanità e all'industria della plasmaderivazione per l'aggiornamento del plasma master file</p> <p>I dati relativi alla % di sacche consegnate e non utilizzate sono detenuti dalle Medicine trasfusionali di Udine e Trieste</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>Risultato atteso</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</p>

	dalle strutture trasfusionali regionali).
Attuazione al 31/12/2016 Tutti i pazienti che hanno avuto necessità di trasfusione programmata, nell'ambito dell'assistenza territoriale, sono stati trasfusi presso la sede di residenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Nel corso del 2016 si procederà al rinnovo biennale dell'accreditamento del CUVB e delle strutture trasfusionali, secondo le previsioni della DGR 2528/2011	Risultato atteso Rinnovo accreditamento CUVB e strutture trasfusionali, per quanto di competenza.
Attuazione al 31/12/2016 L'audit per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale si è svolto il giorno 09/11/2016 presso la struttura di Medicina Trasfusionale dell'ospedale di Gorizia con esito positivo. Il verbale del gruppo di valutazione regionale è agli atti della struttura.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale Nel 2016 devono essere garantiti i livelli di assistenza previsti cercando, nel contempo, l'appropriatezza ed il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni. La programmazione dell'attività delle singole Aziende, sulla base della mission istituzionale assegnata, deve tendere ad una riconversione delle stesse, diminuendo il numero delle prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando il numero di quelle appropriate che più necessitano dal punto di vista della domanda. Prioritariamente devono essere mantenute le prestazioni urgenti e indifferibili, nonché quelle che riguardano le attività di prevenzione ed assistenza primaria.	Risultato atteso In particolare vengono individuati i seguenti obiettivi: 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 del 50% per i pediatri (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatri - fonte Bersaglio; valore medio AAS2 2015 pari a 21,1%) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.
Attuazione al 31/12/2016 DH medico diagnostico: 19,87% adulti; 16,42% bambini.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Risultato atteso Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2014 di 5,49% - fonte Bersaglio; valore AAS 2 2015

	pari a 6,2%).
Attuazione al 31/12/2016 Ricoveri medici oltre soglia >=65: 5,77%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	Risultato atteso 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; valore AAS2 2015 pari a 0,76).
Attuazione al 31/12/2016 Degenza media pre-operatoria: 0,45	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Risultato atteso 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; valore AAS2 2015 pari a 4,5%).
Attuazione al 31/12/2016 Ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC: 4,37%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.7. Tempi d'attesa

Obiettivo aziendale Applicazione delle regole per la gestione dei tempi d'attesa previste dalla DGR 2034/2015.	Risultato atteso Sono applicate le regole della DGR 2034/2015 sull'accesso alle prestazioni in priorità B e D.
Attuazione al 31/12/2016: Sono state adeguate le agende di prenotazione alle regole per la gestione dei tempi d'attesa previste dalla DGR 2034/2015 mediante l'inserimento della valutazione dell'azienda di residenza e di domicilio sull'accesso alla prenotazione in priorità B e D delle prestazioni traccianti. Non vengono applicati i vincoli dell'azienda di residenza sulle agende dello stabilimento ospedaliero di Latisana per garantire l'offerta sanitaria anche ai residenti extra aziendali delle zone limitrofe all'ospedale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Rispetto dei tempi d'attesa secondo le regole definite dalla DGR 2034/2015 per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per	Risultato atteso Vengono rispettati i tempi d'attesa previsti per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale (Allegato A, DGR 2393/2015):

interventi chirurgici programmati.	Specialistica ambulatoriale: per i residenti AAS2 priorità B >95%, priorità D >90%. Ricoveri per interventi programmati: priorità A ≥95%, priorità B, C, D ≥90%.
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Specialistica ambulatoriale.</p> <p>La valutazione è stata effettuata per il periodo 01.01.2016-31.12.2016 sulle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale per la priorità B e D, con l'esclusione di quelle a valenza regionale la cui responsabilità è attribuita ai soli Hub (visita di chirurgia vascolare, visita endocrinologica). Per ciascuna prestazione è stato considerato se in almeno uno dei punti di erogazione, siano essi dipendenti dall'AAS2 o appartenenti ad altri erogatori privati accreditati che insistono sul suo territorio (DGR 2034/2015, 9.4), sia stata garantita la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito nella percentuale superiore a 95% per la priorità B e superiore a 90% per la priorità D. I risultati sono i seguenti:</p> <p>Priorità B.</p> <p>Numero prestazioni che <u>rispettano</u> l'obiettivo: <u>28</u> (Visita cardiologica; Visita oculistica; Visita ortopedica; Visita ginecologica; Visita otorinolaringoiatrica; Visita urologica; Visita fisiatrica; Mammografia; TC senza e con contrasto Torace; TC senza e con contrasto Addome superiore; TC senza e con contrasto Addome inferiore; TC senza e con contrasto Addome completo; TC senza e con contrasto Capo; TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale; TC senza e con contrasto Bacino; Ecografia Capo e collo; Ecocolordoppler cardiaca; Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici; Ecocolordoppler dei vasi periferici; Ecografia Addome; Ecografia Ostetrico - Ginecologica; Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile; Elettrocardiogramma; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Audiometria; Spirometria; Fondo Oculare; Elettromiografia);</p> <p>numero prestazioni che <u>non rispettano</u> l'obiettivo: <u>12</u> (Visita neurologica; Visita dermatologica; Visita gastroenterologica; Visita oncologica; Visita pneumologica; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Muscoloscheletrica; RMN Colonna vertebrale; Ecografia Mammella; Colonscopia; Esofagogastroduodenoscopia; Elettrocardiogramma da sforzo);</p> <p>numero prestazioni <u>non valutabili</u> per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: <u>3</u> (Visita chirurgia vascolare e Visita endocrinologica - prestazioni Hub; RMN Pelvi, prostata e vescica).</p> <p>Priorità D.</p> <p>Numero prestazioni che <u>rispettano</u> l'obiettivo: <u>31</u> (Visita oculistica; Visita ortopedica; Visita ginecologica; Visita otorinolaringoiatrica; Visita urologica; Visita fisiatrica; Visita oncologica; Mammografia; TC senza e con contrasto Torace; TC senza e con contrasto Addome superiore; TC senza e con contrasto Addome inferiore; TC senza e con contrasto Addome completo; TC senza e con contrasto Capo; TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale; TC senza e con contrasto Bacino; RMN Muscoloscheletrica; RMN Colonna vertebrale; Ecografia Capo e collo; Ecocolordoppler cardiaca; Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici; Ecocolordoppler dei vasi periferici; Ecografia Addome; Ecografia Mammella; Ecografia Ostetrico - Ginecologica);</p>	

Elettrocardiogramma; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Elettrocardiogramma da sforzo; Audiometria; Spirometria; Fondo Oculare; Elettromiografia);

numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 9 (Visita cardiologica; Visita neurologica; Visita dermatologica; Visita gastroenterologica; Visita pneumologica; RMN Cervello e tronco encefalico; Colonscopia; Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile; Esofagogastroduodenoscopia);

numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: 3 (Visita chirurgia vascolare e Visita endocrinologica - prestazioni Hub; RMN Pelvi, prostata e vescica).

Ricoveri per interventi programmati.

Il monitoraggio è stato effettuato sul periodo 01.01.2016-31.12.2016. Le valutazioni sulle prestazioni oggetto di monitoraggio sono 18. Per ciascuna valutazione è stato considerato se sia stato garantito l'intervento entro il tempo massimo stabilito nella percentuale uguale o superiore a 95% per la priorità A e uguale o superiore a 90% per le priorità B C D. I risultati sono stati i seguenti:

Priorità A.

Numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 4 (Biopsia percutanea del fegato; Coronarografia; Emorroidectomia; Neoplasia della mammella);

numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 9 (Artroprotesi d'anca; Cataratta; Neoplasia del colon retto; Neoplasia della prostata; Neoplasia del rene; Neoplasia del utero; Neoplasia della vescica; Riparazione di ernia inguinale; Tonsillectomia);

numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 5 (Angioplastica coronarica; By-pass aortocoronarico; Endoarteriectomia carotidea; Neoplasia polmone; Protesi valvolare).

Priorità B.

Numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 6 (Neoplasia del colon retto; Neoplasia della mammella; Neoplasia della prostata; Neoplasia del rene; Neoplasia del utero; Neoplasia della vescica);

numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 6 (Artroprotesi d'anca; Biopsia percutanea del fegato; Cataratta; Emorroidectomia; Riparazione di ernia inguinale; Tonsillectomia);

numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 6 (Angioplastica coronarica; By-pass aortocoronarico; Coronarografia; Endoarteriectomia carotidea; Neoplasia polmone; Protesi valvolare).

Priorità C.

Numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 9 (Artroprotesi d'anca; Cataratta; Emorroidectomia; Neoplasia del colon retto; Neoplasia della prostata; Neoplasia del rene; Neoplasia del utero; Neoplasia della vescica; Riparazione di ernia inguinale);

numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 1 (Tonsillectomia);

numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 8 (Angioplastica coronarica; By-pass aortocoronarico; Biopsia percutanea del fegato; Coronarografia; Endoarteriectomia carotidea; Neoplasia della mammella; Neoplasia polmone; Protesi valvolare).

Priorità D.

Numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 7 (Artroprotesi d'anca; Cataratta; Neoplasia della

prostata; Neoplasia del rene; Neoplasia dell'utero; Neoplasia della vescica; Riparazione di ernia inguinale);

numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 2 (Emorroidectomia; Tonsillectomia);

numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 9 (Angioplastica coronarica; By-pass aortocoronarico; Biopsia percutanea del fegato; Coronarografia; Endoarteriectomia carotidea; Neoplasia del colon retto; Neoplasia della mammella; Neoplasia polmone; Protesi valvolare).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Monitoraggi dei tempi d'attesa.	Risultato atteso L'AAS2 rispetta i tempi per la trasmissione del monitoraggio ex post regionale e dei monitoraggi ministeriali (ex post e ex ante).

Attuazione al 31/12/2016:

I monitoraggi regionali e nazionali 2016 sono inviati entro i termini stabiliti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Adeguamento delle agende per la prenotazione on line.	Risultato atteso 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.

Attuazione al 31/12/2016:

Le agende di prenotazione sono state adeguate per consentire la prenotazione on-line entro il 4 luglio 2016, secondo le indicazioni fornite dal gruppo tecnico regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Interventi per il contenimento delle liste d'attesa.	Risultato atteso L'AAS2 interviene sulle criticità rilevate attraverso l'adozione del regolamento di libera professione per 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.

Attuazione al 31/12/2016:

L'azienda ha previsto con il nuovo Atto aziendale la istituzione di una SSD Libera Professione e la SC Gestione Prestazioni Sanitarie anche al fine di assicurare un miglior presidio dei tempi di attesa, attraverso la gestione coordinata degli aspetti amministrativi ed organizzativi della attività ambulatoriale in particolare.

A dicembre 2016 era in fase conclusiva la definizione del nuovo regolamento della AAS 2 per la disciplina della LP intramoenia. Il medesimo prevede una negoziazione annuale dei volumi di prestazioni erogabili in libera professione tra direzione generale e professionisti.

Nel processo di budget 2016 sono stati assegnati alle strutture obiettivi sia in ordine al rispetto

dei tempi d'attesa che dei volumi di prestazioni da garantire; inoltre per alcune aree particolarmente critiche è stato previsto il ricorso alle Risorse Aggiuntive Regionali per assicurare maggiori volumi di prestazioni.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
--	---

3.4.8 Rischio clinico	
<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"> - alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (protocollo aggiornato); - errori in terapia con i farmaci antineoplastici
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Sono stati aggiornati e trasmessi (con nota prot. 74935 del 28.12.2016) i due protocolli aziendali:</p> <p>1) Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori</p> <p>2) Errori in terapia con farmaci antineoplastici</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>2. alla sicurezza del farmaco attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG. - 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 - 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
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>L'Azienda ha partecipato allo studio regionale sulla polifarmacoterapia. Il report regionale riassuntivo non è stato ancora presentato a cura del coordinamento FVG del progetto cure sicure, ma sono stati inviati alle strutture interessate delle quattro sedi ospedaliere e del territorio della AAS2 le tabelle con i dati specifici</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>3. all'adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite, incluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adozione delle misure di restrizione per

	<p>l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali - diffusione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Esiste in AAS2 il sistema di restrizione all'utilizzo delle molecole antibiotiche individuate dalla regione (richiesta motivata su modulo specifico compilato a cura del medico e inviato alla farmacia ospedaliera).</p> <p>E' stato trasmesso alla DCS il report relativo all'audit effettuato sull'aderenza terapeutica alle Linee guida regionali sulle polmoniti.</p> <p>E' stata diffusa a tutti i medici prescrittori la reportistica sulle resistenze batteriche agli antibiotici (corso di formazione ed e-mail aziendale).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Criticità rilevata - ritorno delle informazioni con diffusione report rischio clinico a operatori e cittadini</p> <p>Azioni di miglioramento intraprese:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sul sito intranet aziendale, sono pubblicati i report di rischio clinico consultabili da tutto il Personale dell'azienda 2. I report relativi agli indicatori di rischio clinico sono stati inviati via e-mail alle singole SC e SS ospedaliere e territoriali 3. Sono pubblicati sul sito web della AAS2 alcuni report sui temi del rischio clinico a disposizione dei Cittadini 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>5. alla prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione";</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Le attività sono state effettuate come da programma regionale "Lesioni da pressione".</p> <p>I referenti hanno partecipato ai tavoli regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>6. all'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la messa a regime del modulo "integrazione

	della lettera di dimissione"; - la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini
Attuazione al 31/12/2016 E' compilata da tutti i medici dei reparti con degenza dal 01.07.2016 su G2 la "Scheda fattori di rischio in dimissione" e i relativi materiali informativi sono consegnati ai pazienti. Sono stati effettuati i corsi di formazione (28 e 30.06.2016).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Nel corso dell'anno sono state organizzate diverse riunioni dei dipartimenti chirurgici e di emergenza che hanno avuto come risultato l'individuazione delle sedi in cui concentrare gli interventi, in particolare di chirurgia oncologica e di chirurgia pediatrica.</p> <p>In assenza di indicazioni regionali è stata individuata la sede di Latisana per gli interventi di chirurgia generale oncologica del presidio di Latisana - Palmanova, la sede di Gorizia per la chirurgia senologica del presidio di Gorizia – Monfalcone, la sede di Monfalcone per la chirurgia oncologica ORL.</p> <p>Per la chirurgia ORL pediatrica, in particolare le tonsillectomie, la sede sarà tendenzialmente quella di Monfalcone, ma la scelta definitiva verrà fatta in esito alla decisione sulla sede delle degenze di Pediatria.</p> <p>L'analisi dei volumi di attività del 2016 permette di verificare l'avvenuta concentrazione degli interventi nelle sedi definite, a partire dal secondo semestre.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>In particolare ci si riferisce ai seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa - diagnostica per immagini cardiaca in pazienti

<p>prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di <i>choosing wisely</i>.</p>	<p>a basso rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> - antibiotici per infezioni delle vie aree superiori - densitometria ossea - esami preoperatori in pazienti a basso rischio - antipsicotici in pazienti anziani - posizionamento del catetere urinario - induzione del parto - altri individuati dai professionisti
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Sono stati elaborati e pubblicati su intranet i documenti aziendali su</p> <ul style="list-style-type: none"> - densitometria ossea, - induzione del travaglio di parto, - lombalgie 	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.5 Assistenza farmaceutica	
<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 <u>ai medici territoriali, specialisti e ospedalieri.</u></p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>La AAS2 ha potenziato il sistema di audit e feedback a livello territoriale presentando l'andamento dell'utilizzo dei beni sanitari ai singoli prescrittori. In particolare si sono tenute delle riunioni formative specifiche per MMG in ambito di AFT.</p> <p>Riunioni sull'andamento della spesa sono state poi condotte con i reparti/ambulatori a maggior impatto economico: oncologia, reumatologia, ematologia, neurologia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Sono stati individuati indicatori per la prescrizione di farmaci appartenenti alle categorie a più alto impatto economico. Nel 2016 si è lavorato sulle seguenti patologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - artrite reumatoide - sclerosi multipla <p>In collaborazione con i reparti coinvolti, si sono messi a punto dei moduli e dei percorsi prescrittivi volti a giustificare la prescrizione dei prodotti a rapporto costo/benefici meno favorevole.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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</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>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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Nel corso del 2016 sono stati creati dei vincoli nel sistema MAGREP per facilitare la prescrizione delle epoetine aggiudicatarie di gara. La richiesta dei farmaci originatori e non aggiudicatari di gara è stata vincolata alla richiesta con modulo per fuori prontuario. Un archivio delle richieste è tenuto presso la farmacia ospedaliera. Il 100% delle terapie sono state effettuate con farmaci aggiudicatari di gara regionale, fatti salvi i casi in cui il prescrittore e il suo responsabile hanno certificato un'intolleranza, una mancata risposta, una continuazione terapeutica.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</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 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.</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 inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>La AAS2 ha assegnato ai reparti internistici più importanti (cardiologia, medicina, dialisi, neurologia, ecc.) l'obiettivo di prescrivere il 95% delle prescrizione in dimissione con principi attivi non più coperti da brevetto: le categorie terapeutiche monitorate in maniera particolare sono state le seguenti: Classe C09CA, C09DA, C10A, N03AX, N06AX, N02CC.</p> <p>Di seguito si riportano i valori aziendali relativi all'anno 2016</p>	

	TARGET	VALORE AAS2 GENNAIO-DICEMBRE 2016
Co9CA	92,30%	81,70%
Co9DA	96,70%	77,80%
C10AA	86%	84,40%
G04CB	44%	37,70%
M05BA	93,10%	77,30%
N02CC	70,10%	92,80%
N03AX	76,40%	92,10%
N06AX	66,40%	80,50%
S01ED	35,40%	32,10%

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON RAGGIUNTO AIFA/MEF (4/9 A TARGET) RAGGIUNTO PER LA PARTE APPROPRIATEZZA
<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Le SC Neurologia, SC Oncologia e SC Farmacia Unica Aziendale hanno collaborato per la messa a punto di schede richiesta grazie alle quali i farmaci con "costo per QALY" meno favorevole sono erogati dalla farmacia solo a seguito di presa visione del responsabile di struttura.</p> <p>Con riferimento ai percorsi per verificare l'appropriatezza d'uso in caso di mobilità intraregionale, la AAS2 ha reso disponibile l'archivio delle proprie erogazioni nominative dei farmaci ad alto costo (più di 100 euro) alle AAS regionali alle quali è chiesto un rimborso.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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</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</p>

<p>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>indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Tutte le strutture di residenzialità, semi-residenzialità e assistenza domiciliare afferenti all'Azienda sono state regolarmente approvvigionate in via diretta. A partire dal novembre 2016, anche le case di riposo della parte isontina sono entrate nella logistica EGAS-Magazzino Centralizzato Regionale.</p> <p>Svolte due edizioni del corso di formazione sulla "Sicurezza nell'uso dei farmaci nel paziente anziano" in data 23/9/16 e 4/10/16 che hanno consentito di formare complessivamente 94 operatori sanitari. Alla formazione ha partecipato personale medico e di assistenza di tutte le RSA e Hospice aziendali e dei Servizi di assistenza domiciliare dei Distretti (firme presenze agli atti).</p> <p>E' stata effettuata l'indagine regionale sulla polifarmacoterapia nel paziente anziano oltre che negli ospedali, anche nelle RSA e nelle case di riposo della AAS2 (novembre 2016).</p> <p>E' pubblicato su intranet il protocollo aziendale sulla riconciliazione farmacologica diretto alle strutture ospedaliere e territoriali dell'azienda.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</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 prescrivibili dei dispositivi per diabetici. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, l'AAS favorirà la distribuzione diretta come pure prevederà, relativamente agli ausili per diabetici, azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva.</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 prescrivibili.</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 dell'INR.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>La AAS2 ha predisposto uno specifico report per i MMG sul corretto utilizzo delle strisce per il controllo della glicemia: standard di riferimento i vigenti limiti regionali (DGR 1253/05 e DGR 161/06) collegati alla tipologia di farmaco utilizzato.</p> <p>La AAS2 ha formulato a Federfarma Gorizia e Udine una proposta innovativa di distribuzione delle strisce per la glicemia: una forma mista DPC e convenzionata, che renda disponibile la striscia di gara CONSIP più economica senza tuttavia limitare la prescrizione di strisce di tipo diverso.</p> <p>La SSD Medicina Legale in collaborazione con la S.C. Riabilitazione ha definito una procedura unica aziendale per l'erogazione degli ausili per l'assistenza protesica formalizzata nel documento "Modalità e procedure di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica ai sensi del DM 332/99 e della DGR 2190/2012 Linee guida regionali". Il documento è stato trasmessa via PEC al</p>	

DS con nota prot. 75009 dd 29/12/2016.

"Procedura aziendale unica per monitoraggio INR attraverso la metodica del prelievo capillare": in data 12 novembre 2016 si è svolto un incontro tra il personale infermieristico dei 4 Distretti, durante il quale sono stati esaminati: il protocollo operativo per i prelievo capillare per la determinazione dell'INR (già in uso nei Distretti EST ed OVEST) ed il percorso assistenziale per la gestione domiciliare del paziente in terapia anticoagulante orale (TAO). Nel corso della riunione è stato analizzato e valutato dettagliatamente il protocollo INR già in uso e si sono apportate le modifiche necessarie alla sua applicazione anche nei territori dei distretti Alto e Basso Isontino.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<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>

Attuazione al 31/12/2016

La SC Farmacia Unica Aziendale della AAS2 è rimasta referente aziendale per la gestione delle carenze dei medicinali. Ha operato in conformità alle indicazioni regionali in materia.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>

Attuazione al 31/12/2016

Nel novembre 2016, dopo adeguata attivazione e formazione, tutti i reparti degli Stabilimenti Ospedalieri Aziendali (Palmanova, Latisana, Gorizia, Monfalcone) sono stati messi di grado di prescrivere i farmaci con il programma PSM e di effettuare le prescrizioni dei Piani terapeutici informatizzati, nel 2016 in AAS2 sono stati effettuati 291 piani terapeutici con il nuovo sistema PT e 490 con il vecchio sistema informatizzato. La SC Farmacia Unica Aziendale è in grado di erogare

tramite PSM in tutte le sue sedi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PSM-PT: RAGGIUNTO PSM DIRETTA NOMINALE: 29% NON RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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	Risultato atteso 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. Individuato un referente di farmacovigilanza per ciascuna struttura di assistenza.
Attuazione al 31/12/2016 La Azienda ha tenuto otto corsi di formazione nel campo della farmacovigilanza: 15 febbraio 2016; 7 marzo 2016; 4 aprile 2016; 4 maggio 2016; 28 settembre 2016; 12 ottobre 2016; 24 ottobre 2016; 7 novembre 2016. Sono stati individuati formalmente i referenti per la farmacovigilanza per ciascuna struttura di assistenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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.	Risultato atteso Quando previsto, i farmaci sono erogati dalle farmacie aziendali solo a fronte di apposita documentazione attestante la compilazione dei registri. 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. Assicurato, favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo e il rispetto delle note limitative AIFA.
Attuazione al 31/12/2016 La SC Farmacia Unica Aziendale ha erogato tutti i farmaci solo a fronte di apposita documentazione attestante la compilazione dei registri, si è data 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>L'archivio delle erogazioni e delle registrazioni è disponibile presso la farmacia del PO di Palmanova: punto di erogazione unico per l'intera Azienda.</p> <p>La SC Farmacia Unica Aziendale assicura, anche tramite il sistema PSM/Piani, il controllo e il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>12. La cartella oncologica 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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Compilazione cartella oncologica: 98,40%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>ONCO GO-MONFALCONE : 97.85%</p> <p>ONCO LAT-PALMA: 98.35%</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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>La SC Farmacia Unica Aziendale ha correttamente implementato i flussi ministeriali. Non sono state segnalate interruzioni da parte della Regione nel corso del 2016. La copertura della fase 3 su fase 2 è stata del 99,02%</p> <p>Quando disponibile è stato inserito il codice di targatura.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>FASE 3/ FASE 2= 99,02</p> <p>TARGATURA :100%</p> <p>Risultato atteso</p> <p>Le informazioni utili alla mobilità farmaceutica sono correttamente inserite nei sistemi informativi.</p>

<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Tutti i farmaci ad alto costo (più di 100 euro) sono gestiti su base nominativa. La AAS2 si è dotata di una specifica procedura disponibile per i reparti prescrittori e la farmacia aziendale quale erogatore.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Progettazione Camera UFA nel PO di Palmanova affidata con Determina n. 729 del 16.12.2016; presentazione progetto il 22.12.2016 come da verbale di riunione agli atti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Anziani	
<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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>La direzione ha prodotto protocolli d'intesa che sono stati definiti e sottoscritti dall'Azienda e dai 4 Ambiti.</p> <p>Report annuale della gestione dei FAP in collaborazione con la Direzione dipartimentale:</p> <p>CSM Gorizia 33 FAP</p> <p>CSM Monfalcone 54 FAP</p> <p>CSM Palmanova 21 FAP</p> <p>CSM Latisana 31 FAP</p> <p>I report completi sono disponibili presso la Direzione dipartimentale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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"> - 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); - 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).
<p>Attuazione al 31/12/2016</p>	

Il Dipartimento di prevenzione, i Distretti ed il Coordinamento socio-sanitario hanno partecipato al processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani, coordinato dall'Area Welfare su mandato della Regione; il SISP ha effettuato con i Distretti attività di vigilanza e di verifica dei requisiti previsti dal D.P.Reg.144/2015 per le case di Riposo.

I Distretti e il DP hanno partecipato agli incontri organizzati dall'Area Welfare (in data 14/7, 26/10, 11/11, 16/11, 23/11, 6/12, 14/12, 21/12) finalizzati alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali del territorio dell'AAS2.

Riclassificazione: analizzate le documentazioni relative a 23 strutture per anziani, compiuti 2 sopralluoghi e pianificati altri 2 sopralluoghi per il mese di gennaio 2017 secondo il programma definito dal coordinatore.

Il SISP ha effettuato complessivamente 7 sopralluoghi nelle Case di Riposo. La documentazione (registro presenze incontri sul processo di riclassificazione, verbali conclusivi relativi alle strutture valutate, verbali dei sopralluoghi effettuati) è disponibile agli atti del SISP/Area Welfare/Distretti. Gli uffici distrettuali verificano regolarmente l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG da parte dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio; la liquidazione delle quote di abbattimento rette e degli oneri sanitari (assistenza indiretta) dovuti alle Strutture convenzionate per gli ospiti non autosufficienti, viene effettuata previa evidenza dell'utilizzo sistematico, da parte delle Strutture, dello strumento di VMD Valgraf, del caricamento ed archiviazione dei dati e dei rendiconti nei sistemi informativi.

L'accoglimento degli ospiti nelle strutture residenziali e semiresidenziali è sempre preceduta da UVM con utilizzo dello strumento Val. Graf. per la valutazione dei bisogni dei pazienti non autosufficienti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti	Risultato atteso 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.

Attuazione al 31/12/2016

L'AAS ha partecipato al processo di autorizzazione dei servizi semiresidenziali per non autosufficienti secondo le modalità previste dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	Risultato atteso 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 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>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Il gruppo di valutazione aziendale all'uopo identificato nel corso del 2016 ha completato il primo ciclo di auditing, avviato negli anni precedenti, su tutte le residenze per anziani ed effettuato visite di audit con monitoraggio dell'applicazione del piano di miglioramento nelle seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASP "Ardito Desio" di Palmanova (22.12.2016), residenza per Anziani "Sereni Orizzonti" di Aiello del Friuli (30.5.2016 e 20.12.2016) nel Distretto EST • ASP "Umberto I" di Latisana (21.11.2016) nel Distretto OVEST • Casa di Riposo Culot di Gorizia (27.09.16, 08.11.16), Casa di riposo La Cjase di Cormons (22.8.16, 7.9.16, 12.9.16) nel Distretto DAI • Struttura per anziani Degressi di Fogliano (31.3.2016, 14.4, 28.04), Casa Serena di Grado (1.9.16 e 28.09.16), Sereni Orizzonti di Pieris (18.1.16, 17.3.16, 16.8.16, 11.10.16 e ulteriori 5 incontri il 5.2.16, 22.6.16, 11.8.16, 23.8.16, 2.9.16 per definire una modalità di continuità assistenziale in seguito al cambio del referente del governo assistenziale della struttura) nel Distretto DBI. <p>I relativi verbali sono conservati presso i Distretti ed il CSS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Sistemi informativi</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>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.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Gli uffici distrettuali verificano regolarmente l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG da parte dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio; la liquidazione delle quote di abbattimento rette e degli oneri sanitari (assistenza indiretta) dovuti alle Strutture convenzionate per gli ospiti non autosufficienti, viene effettuata previa evidenza dell'utilizzo sistematico, da parte delle Strutture, dello strumento di VMD Valgraf, del caricamento ed archiviazione dei dati e dei rendiconti nei sistemi informativi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Sistema di VMD Val.Graf.- FVG</p> <p>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</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>L'accoglimento nei servizi residenziali e semiresidenziali è preceduto da UVM con utilizzo di Val. Graf.</p>

distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.	
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>L'accoglimento degli ospiti nelle strutture residenziali e semiresidenziali è sempre preceduta da UVM con utilizzo dello strumento Val. Graf. per la valutazione dei bisogni dei pazienti non autosufficienti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>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, 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.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>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.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>L'attività di vigilanza e controllo è stata svolta nelle seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distretto DAL: Centro residenziale per disabili Santa Maria della Pace di Medea (13.5.16) • Distretto DBI: Struttura polifunzionale Sereni Orizzonti di Pieris (23.8.16) e Casa Alloggio 2000 di Monfalcone (1.12.16) • Distretto EST: Sereni Orizzonti di Aiello (01.08.16) e Villa Rosa di Muscoli (11.4.16) • Distretto OVEST: ASP Chiabà di S. Giorgio di Nogaro (6.12.16). <p>Complessivamente nel territorio AAS2 sono presenti: 26 strutture residenziali per anziani (18 convenzionate e 8 non convenzionate) e 4 strutture per disabili (S. Maria della Pace di Medea, Piccolo Cottolengo di S. Maria la Longa, CISI e CAMPP) per cui l'attività di vigilanza è stata svolta in ben oltre il 10% delle strutture collocate nel territorio di competenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2 Minori

<p>Obiettivo aziendale</p> <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>Risultato atteso</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</p>
---	--

	genitori, nonché il sostegno psicologico e l'eventuale trattamento psicoterapeutico o altri trattamenti sanitari del minore e/o della sua famiglia di origine
Attuazione al 31/12/2016 Sono stati svolti tutti gli interventi previsti dal progetto dell'affido, evidenziati nelle relazioni effettuate dai consultori dei quattro distretti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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.	Risultato atteso Erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione da parte del Consultorio familiare.
Attuazione al 31/12/2016 L'erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione da parte del Consultorio familiare è stata assicurata attraverso le UVM, la reportistica dei Consultori evidenzia gli interventi effettuati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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.	Risultato atteso Erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione da parte del Consultorio familiare.
Attuazione al 31/12/2016 L'erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione da parte del Consultorio familiare è stata assicurata attraverso le UVM, la reportistica dei Consultori evidenzia gli interventi effettuati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Al fine di promuovere e attuare l'istituto per l'affido familiare, i SSC e l'AAS stipulano	Risultato atteso Consolidati ed applicati i protocolli in essere

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	
Attuazione al 31/12/2016 Vengono applicati i protocolli in essere definiti sui tavoli di integrazione con gli Ambiti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Adozioni 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 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	Risultato atteso Aderito alle indicazioni regionali
Attuazione al 31/12/2016 Garantita la partecipazione di un operatore dei consultori aziendali agli incontri organizzati sullo specifico tavolo regionale per le Adozioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Minoranze linguistiche	Risultato atteso Nel corso del 2016 verrà rinforzato il servizio psicopedagogico per la minoranza slovena.
Attuazione al 31/12/2016 Nel corso del 2016 sono stati rilevati i dati relativi agli utenti con doppio codice linguistico (12 situazioni di handicap e 20 di DSA). L'operatore che aveva in carico i casi con doppio codice linguistico è attualmente assente per maternità. Si prevede l'attivazione di una convenzione specifica con SS Tutela Salute Bambino e Adolescente di Lingua Slovena per garantire le prestazioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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>
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <p>Gli Atti di intesa tra Azienda sanitaria e Ambiti dei vari territori sono stati rinnovati per l'anno 2016</p> <p>Atto di intesa del Distretto OVEST firmato il 8/3/2017</p> <p>Atto di intesa del Distretto EST firmato il 15/6/2016</p> <p>Atto di intesa del Distretto DBI firmato il 22/2/2016</p> <p>Atto di intesa del Distretto DAI firmato il 25/3/2016</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.7 SISTEMA INFORMATIVO

3.7 Sistema informativo	
<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estensione del servizio referti on line per le prestazioni già sottoscritte digitalmente 2. Pagamento on line delle prestazioni 3. Prenotazione on line delle prestazioni ambulatoriali almeno per le principali visite di branca 4. 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. 5. 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
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referti on line: non è stato possibile attivare la consegna dei referti on-line per le sedi della Bassa Friulana, già attestate sul LUI dell'area vasta Udinese, in quanto i repository dei referti di AAS2 e ASUIUD sono diversi, come emerso dai test effettuati. <p>Il sistema unico di laboratorio dell'area triestino-giuliana è previsto per il 2017 e quindi anche la relativa consegna on-line dei referti per Monfalcone e Gorizia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prenotazioni on line: sono state attivate le prenotazioni on line di tutte le prestazioni previste da EGAS - Consultazione liste di attesa: sono state configurate le liste di attesa in ADT - Tempi di accesso ai servizi di Pronto soccorso per codice triage: disponibile App "Emergenze FVG" e informazione on line sul portale aziendale in tempo reale. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. 3. 4. 5.: OBIETTIVI RAGGIUNTI
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicurezza fisica e logica/funzionale - Privacy - 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 - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per

		gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014																			
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicurezza fisica e logica/funzionale: è stato redatto il Documento Programmatico sulla Sicurezza, decreto DG 276/16 - Privacy: partecipato all'incontro regionale del gruppo "Privacy" in data 7/03/16. Redatta la procedura operativa per il trattamento dei dati, decreto DG n. 276/16 - Ricetta dematerializzata: estesa la ricetta dematerializzata a tutte le strutture ospedaliere (esclusa la SOC Riabilitazione, per criticità relativa alla prescrizione dei cicli di fisioterapia). Effettuati eventi formativi nei mesi di luglio, ottobre e novembre 2016. - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014: adeguati i sistemi informativi secondo indicazioni regionali (comunicazioni del 13/02/2016 e del 29/04/2016) 																					
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO																			
<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera 2. Laboratorio e microbiologia > 98% 3. Medicina trasfusionale > 98 % 4. Anatomia patologica > 98 % 5. Radiologia > 98% 6. ECG > 80%. 																			
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>target</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>G2 senza radiologia</td> <td>>80%</td> <td>82,40%</td> </tr> <tr> <td>radiologia</td> <td>>98%</td> <td>99,90%</td> </tr> <tr> <td>anatomia pat</td> <td>>98%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>laboratorio</td> <td>>98%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>ECG</td> <td>> 80%</td> <td>Non è attivabile la firma digitale sul sistema ECG</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nei mesi di ottobre e novembre 2016 è stata estesa la firma digitale per la lettera di dimissione a tutte le strutture di degenza e sono stati predisposti i report in G2 clinico.</p> <p>La media aziendale di firma digitale delle lettere di dimissione ospedaliera è di 80,15% (dato riferito al periodo 1.12.16 al 31.12.2016)</p>					target	2016	G2 senza radiologia	>80%	82,40%	radiologia	>98%	99,90%	anatomia pat	>98%	100%	laboratorio	>98%	100%	ECG	> 80%	Non è attivabile la firma digitale sul sistema ECG
	target	2016																			
G2 senza radiologia	>80%	82,40%																			
radiologia	>98%	99,90%																			
anatomia pat	>98%	100%																			
laboratorio	>98%	100%																			
ECG	> 80%	Non è attivabile la firma digitale sul sistema ECG																			
Valutazione Direzione Centrale Salute		<p>1. 2. 3. 4. 5.: OBIETTIVI RAGGIUNTI</p> <p>6.: OBIETTIVO STRALCIATO</p>																			

3.7 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>Per il 2016 le linee di sviluppo aziendale sono le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico 2. Prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva 3. Avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale 4. Completamento dei casi d'uso dell'emergenza e della visibilità interaziendali
<p>Attuazione al 31/12/2016</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esteso il sistema PACS alla diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico 2. Non raggiungibile 3. Non raggiungibile 4. Non raggiungibile 	
<p>Motivazioni dello scostamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. progetto attivato in via sperimentale presso la AAS 5, prevista l'estensione in AAS2 nel 2017 2. progetto attivato in via sperimentale presso la AAS 5, prevista l'estensione in AAS2 nel 2017 3. progetto attivato in via sperimentale presso la AAS 5, prevista l'estensione in AAS2 nel 2017 	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NELL'ESTATE 2016 È STATO PARZIALMENTE AVVIATO IL FLUSSO IN ENDOSCOPIA A PALMANOVA, MENTRE L'AZIENDA NON HA AVVIATO I PROCESSI DI REALIZZAZIONE DELLE PRECONDIZIONI TECNOLOGICHE PRESSO I VARI SITI AZIENDALI. 3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PER LA VISIBILITÀ INTERAZIENDALE IN REGIME EMERGENZIALE MONFALCONE E GORIZIA SONO STATI COLLEGATI ALL'HUB DI CATTINARA.

INVESTIMENTI
RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016	Esigibilità 2016
AAS2	Altri interventi	1.369.500,00	5.984.363,05
	Aree critiche	406.870,00	
	Aree critiche (Punto di Primo Soccorso di Lignano)	177.000,00	
	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	1.060.000,00	
	Interventi emergenti	424.662,56	
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	1.961.330,49	
	Odontoiatria sociale	60.000,00	
	Piano sangue	200.000,00	
	Rinnovo automezzi 118	75.000,00	
	Unità di allestimento dei Farmaci Antiblastici (UFA)	250.000,00	

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
AAS2	BMT 2010	1.013.500,00	810.800,00	202.700,00	
	RILIEVO AZIENDALE 2003	2.028.750,00	1.623.000,00	405.750,00	405.750,00
	RILIEVO AZIENDALE 2004	180.000,00	-	180.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2005	3.474.100,00	2.779.280,00	694.820,00	694.820,00
	RILIEVO AZIENDALE 2006	2.798.000,00	2.238.400,00	559.600,00	559.600,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007	3.113.000,00	2.490.400,00	622.600,00	222.600,00
	RILIEVO AZIENDALE 2008	2.860.000,00	2.288.000,00	572.000,00	238.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2009	5.205.000,00	4.164.000,00	1.041.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2010	773.283,00	618.626,40	154.656,60	-
	RILIEVO AZIENDALE 2011	4.650.000,00	3.720.000,00	930.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2012	3.126.000,00	2.500.800,00	625.200,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2013	1.526.491,00	1.221.192,80	305.298,20	-
	RILIEVO AZIENDALE 2014	2.054.354,00	1.643.483,20	410.870,80	-
	RILIEVO AZIENDALE 2015	2.647.000,00	-	2.647.000,00	-
	RILIEVO REGIONALE 2011 NUOVO GRUPPO FRIGO PRESSO CT H LATISANA	600.000,00	-	600.000,00	546.592,60
	RILIEVO REGIONALE 2015	550.000,00	-	550.000,00	-
		36.599.478,00	26.097.982,40	10.501.495,60	2.667.362,60

TABELLA INDICATORI LEA

			AAS2	AAS2
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	88,8%	NON RAGGIUNTO
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	89,5 % 90,1 %	NON RAGGIUNTO
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	89,5%	NON RAGGIUNTO
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	88,8%	NON RAGGIUNTO
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	80,6%	NON RAGGIUNTO
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	54,0%	NON RAGGIUNTO
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	61,7	NON RAGGIUNTO
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,2%	RAGGIUNTO
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100,0%	RAGGIUNTO
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100,0%	RAGGIUNTO
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100,0%	RAGGIUNTO
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100,0%	RAGGIUNTO
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100,0%	RAGGIUNTO
13 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	21,0%	RAGGIUNTO
14 LEA	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	105	RAGGIUNTO
15 LEA	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 4%	6,4%	RAGGIUNTO
16 LEA	ASSISTENZA AI DISABILI Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	>= 0,6	0,92	RAGGIUNTO
18 LEA	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	2,24	RAGGIUNTO
19 LEA	FARMACEUTICA Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	<= 11,35% (valore regionale)	13,3%	NON RAGGIUNTO
20 LEA	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	5,89	RAGGIUNTO
21 LEA	SALUTE MENTALE Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab. (prevalenza)	>= 10	17,40	RAGGIUNTO
22 LEA	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	<= 140	124,30	RAGGIUNTO
24 LEA	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	41,78%	RAGGIUNTO
25 LEA	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,23	RAGGIUNTO
26 LEA	Percentuale di parti cesarei	<20%	11,85%	RAGGIUNTO
27 LEA	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	62,69%	NON RAGGIUNTO
28 LEA	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	12'55"	RAGGIUNTO

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

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

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

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>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:</p> <p>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>evidenza della presenza di un medico reumatologo nei reparti di medicina interna</p>
	<p>evidenza nel sistema di codifica degli ambulatori dell'ambulatorio di reumatologia</p>
	<p>evidenza della presenza di un medico infettivologo presso l'ospedale ovvero attivazione di una convenzione con l'ospedale hub.</p>
	<p>evidenza del completamento dell'assetto organizzativo delle Aree A, B e C dell'Assistenza Veterinaria entro il 30.09.2016</p>

Attuazione al 31.12.2016:

1. L'azienda ha compiuto la propria riorganizzazione in coerenza con quanto previsto dalla DGR 2673/2014, espletando la propria attività ospedaliera attraverso il presidio ospedaliero Di San Daniele –Tolmezzo e garantendo l'assistenza primaria anche per il tramite del Presidio Ospedaliero della Salute di Gemona (POS), in cui oltre al Punto di Primo Intervento (PPI) sono attive le degenze intermedie polifunzionali (DIP), con i tre moduli dedicati all'assistenza internistica, alla riabilitazione e RSA. La riorganizzazione delle funzioni ospedaliere e la ricognizione della dotazioni di posti letto è oggetto del Decreto del Direttore generale n. 216 dd 28.06.2016.
2. I reparti di medicina hanno al loro interno dei professionisti reumatologi.
3. A sistema è disponibile un'offerta di visita reumatologica in tutte le 3 sedi in cui è presente un reumatologo.
4. In Azienda sono presenti 2 infettivologi, uno opera presso la sede ospedaliera, l'altro nel territorio.
5. Nel corso dell'anno è stata effettuata la ricognizione dei servizi offerti dalle strutture aziendali e

si è ipotizzata una suddivisione delle funzioni e delle attività, ricollegandole ai nuovi livelli essenziali di assistenza. Il rallentamento delle attività di riconfigurazione organizzativa è in buona misura determinato dall'impegno profuso per assicurare l'attività corrente nel nuovo contesto aziendale, caratterizzato da bacini di utenza particolarmente ampi per insediamenti zootecnici e complessi per la concentrazione delle attività di produzione alimentare locali.

Il Direttore della SOC Veterinaria area A/C cesserà per pensionamento nel corso del 2017 per cui è stato concordato con il Servizio sanità pubblica veterinaria che la riorganizzazione avverrà quando sarà individuata la nuova apicalità.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuazione delle DGR 929/2015: dismissione delle funzioni non previste entro giugno per le apicalità non coperte</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>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>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Al 30.06 non è più attiva alcuna apicalità non prevista e non coperta dalla programmazione.</p> <p>La mappatura della vecchia organizzazione rispetto alla nuova è rinvenibile nella delibera nr 523 dd 31.12.2015: "Atto Aziendale approvato in via definitiva con deliberazione DG 516/2015: piano di attuazione e determinazioni conseguenti all'entrata in vigore" e decreto 26/2016.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Egas</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>L'attività di supporto è stata garantita nel rispetto delle tempistiche e degli impegni presi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4 Piano emergenza urgenza

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Implementazione delle ambulanze e automediche secondo quanto previsto dalla DGR 2039/2015</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro 31.10.2015.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Sono state attivate 4 nuove postazioni periferiche, secondo gli standard organizzativi previsti dal piano regionale: Chiusaforte a partire da febbraio, Ovaro, Ampezzo e Paluzza a partire dal 2 novembre (comunicazione alla prefettura e agli stake-older dd 27.10)</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione dell'organizzazione dei punti di primo intervento entro il 31 marzo con dismissione delle strutture non più previste dal Piano</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'attivazione del Punto di Primo Intervento di Gemona con conseguente disattivazione della funzione di Pronto Soccorso, inclusa ADE, entro il 31.03.2015</p>

Attuazione al 31.12.2016:

Il Punto di Primo Intervento di Gemona è stato attivato con Decreto DG 77 del 18.03.2016 "Legge regionale 17/2014: contestuale attivazione del Punto di Primo Intervento e disattivazione del Pronto Soccorso ed Area di Emergenza presso il Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona del Friuli"

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Avvio dei lavori di adeguamento al volo notturno delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke</p>	<p>Risultato atteso: Vedi piano triennale preliminare degli investimenti</p>

Attuazione al 31.12.2016:

Nel corso del 2016 è stata aggiornata la normativa di riferimento (Regolamento ENAC relativo le infrastrutture a servizio dell'attività HEMS) il cui articolo 8 consente, per gli ospedali spoke, il volo notturno occasionale anche su piazzole sprovviste di sistema di illuminazione notturna (aggiornamento del dicembre 2016).

Inoltre è in corso di definizione da parte dell'Area servizi assistenza ospedaliera della Direzione Centrale il piano regionale dei fabbisogni di lavori di adeguamento delle piazzole di atterraggio site nei Comuni della Regione.

Per quanto sopra, non si è potuto dare avvio ai lavori al 31.12.2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale: Piano dell'Emergenza Urgenza</p>	<p>Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale Operativa 118 e del Piano dell'emergenza urgenza</p>

Attuazione al 31.12.2016:

E' stata garantita la partecipazione del referente aziendale al tavolo regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.1.5 Piano sangue

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

Attuazione al 31.12.2016:

E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.6 Piano oncologico

Obiettivo aziendale:

Piano oncologico

Risultato atteso:

Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano Oncologico

Attuazione al 31.12.2016:

E' stata garantita la partecipazione del referente aziendale al tavolo regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7 Piano della riabilitazione

Obiettivo aziendale:

Piano della riabilitazione

Risultato atteso:

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

Attuazione al 31.12.2016:

L'AAS3 non risulta coinvolta nella stesura del Piano.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

NEL CORSO DEL 2016 NON SONO STATE CONVOCATE RIUNIONI DEL TAVOLO IN MATERIA DI RIABILITAZIONE

3.1.8 Piano della salute mentale

Obiettivo aziendale:

Piano della Salute Mentale

Risultato atteso:

Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale

Attuazione al 31.12.2016:

E' stata garantita la partecipazione del referente aziendale al tavolo regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9 Laboratorio analisi microbiologia e virologia

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.

Attuazione al 31.12.2016:

Le attività di preparazione alla centralizzazione sono state svolte nei tempi stabiliti dal

coordinatore del gruppo di lavoro e dal 22 novembre i prelievi per esterni sono erogati dal LUI.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2 Promozione della salute e prevenzione	
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.
Attuazione al 31.12.2016: Il referente è stato individuato (comunicazione alla DCS in data 26 febbraio via PEC n. 8664)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
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.
Attuazione al 31.12.2016: L'attività è ancora garantita per l'AAS3 dal dipartimento di prevenzione dell'ASUID, in quanto l'attività non è ancora stata scorporata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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
Attuazione al 31.12.2016: Il protocollo è contenuto nel "Manuale per la prevenzione del rischio cardiovascolare" predisposto dal Gruppo di lavoro del I programma del PRP, pervenuto in data 29 novembre 2016, che è stato diffuso agli operatori coinvolti per una condivisione ed eventuale specificazione in vista dell'adozione formale nel 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	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

aziende inviano report con numero degli operatori formati.	- Invio report a DRS con numero operatori formati
Attuazione al 31.12.2016: Il corso residenziale è stato programmato per i primi mesi del 2017; il corso FAD non è stato attivato dall'azienda deputata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: partecipare al gruppo 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: Evidenza della partecipazione
Attuazione al 31.12.2016: La partecipazione è stata garantita quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.2 Screening oncologico (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale: Mantenimento o miglioramento delle performance in termini di adesione della popolazione target (adesione screening della cervice $\geq 65\%$ adesione screening mammella $\geq 65\%$ adesione screening colon retto $\geq 70\%$)	Risultato atteso: adesione screening della cervice $\geq 65\%$ adesione screening mammella $\geq 65\%$ adesione screening colon retto $\geq 70\%$
Attuazione al 31.12.2016: adesione screening della cervice = 64,01% adesione screening mammella = 64,78% adesione screening colon retto $\geq 57,28\%$	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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".	Risultato atteso: Evidenza del Piano di riorganizzazione dell'attività senologica

Attuazione al 31.12.2016: Il PTDA della mammella aziendale che raccoglie tutte le indicazioni contenute dalle linee di indirizzo è stato proposto alla Direzione generale con prot. nr. 59020 dd 30.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Risultato atteso: Proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DCS per l'adozione formale
Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la presenza al gruppo di lavoro che ha prodotto il documento previsto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Realizzazione laboratorio unico FOBT screening carcinoma del colon retto a San Daniele	Risultato atteso: Protocollo di gestione consegna dei campioni per le farmacie in collaborazione con DCS
Attuazione al 31.12.2016: In data 9 settembre 2016 è stata approvato dalla Giunta con DGR 1674 lo schema di accordo regionale finalizzato alla partecipazione delle farmacie al programma regionale di screening del carcinoma del colon retto che all'allegato SUB A riporta il protocollo operativo per la partecipazione delle farmacie al programma.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Risultato atteso: lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Attuazione al 31.12.2016: Due professioniste certificate garantiscono la lettura del primo livello e l'eventuale gestione del percorso di approfondimento diagnostico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	Risultato atteso: % di esami negativi di primo livello refertati entro 15 giorni dall'esecuzione >90% % di early recall per unità senologica (casi con esito di 2° livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%
Attuazione al 31.12.2016:	

<p>% di esami negativi di primo livello refertati entro 15 giorni dall'esecuzione = 99,14%</p> <p>% di early recall per unità senologica (casi con esito di 2° livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) = 5,36%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopia per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali = 97,6%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</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>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' stato realizzato un corso di sensibilizzazione diretto al miglioramento degli stili di vita (rischi ergonomici) nel comparto dell'edilizia: corso provinciale I edizione 15.06.2016, II edizione 15.9.2016 n. 3 Corsi di formazione per medici di base organizzati sulla appropriatezza certificazione delle malattie professionali a livello regionale per 8/10/16, 21/10/16, 27/10/16</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Mantenere aggiornate le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Anagrafe sanitaria aggiornata</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>L'anagrafe sanitaria è stata aggiornata in base alle indicazioni della DCS sulle comunicazioni inesitate.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>l'Azienda utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Le agende sono prenotabili per gli spostamenti anche da call center regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire la partecipazione ai lavori - Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Per lo screening oftalmologico è stata effettuata la ricognizione delle modalità operative di screening in uso nei centri nascita e individuati i referenti. La procedura di screening regionale con identificazione dei percorsi di indagine di primo e secondo livello è stata completata; il documento era pronto in bozza a dicembre 2016</p> <p>Per lo screening audiologico è stata effettuata la ricognizione della dotazione strumentale in uso nei centri nascita. I referenti dello screening dei punti nascita sono stati individuati. La procedura standardizzata per l'esecuzione dello screening è consolidata nei due Punti nascita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Report di monitoraggio del programma regionale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>A partire dal 1.4.2016 sono state attivate e mantenute le modalità di collegamento con IRCSS Burlo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 <i>what's up</i>, raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza del report di attività alla DCS.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' stato inviato un report sull'attività svolta alla DCS in data 20/12/2016.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Realizzare le attività previste dal III programma relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Evidenza dei programmi e delle iniziative realizzate
Attuazione al 31.12.2016: E' stato realizzato un corso di PS BLSA in una scuola superiore e degli incontri di sensibilizzazione nelle scuole primarie (documenti agli atti) E' stata inviata alla DCS una relazione sulle attività svolte (prot. 24108 del 25/05/2016)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 e di disagio	Risultato atteso: Evidenza della Flow-chart adottata formalmente
Attuazione al 31.12.2016: E' stata predisposta una flow chart che sintetizza il modello declinato formalmente tramite protocolli a livello distrettuale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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)
Attuazione al 31.12.2016: L'incontro è stato realizzato in data 21/10/2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016: Sono state proposte 4 edizioni del corso (2 in primavera e 2 in autunno)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016: I report sono stati predisposti e disponibili agli atti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Il report è stato predisposto e disponibile agli atti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Il catalogo è stato pubblicato sul sito aziendale nel mese di dicembre	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7 Prevenzione 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
Attuazione al 31.12.2016: Il report è stato realizzato e spedito alla DCSPS in data 29.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.8 Prevenzione incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo aziendale: Realizzare le attività previste dal programma VII PRP	Risultato atteso: Report congiunto con l'Azienda Capofila (AAS1) di monitoraggio relativo alle attività previste

	dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Attuazione al 31.12.2016: Il report è stato predisposto e trasmesso a cura dell'ASUITS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Sono stati effettuati 4 eventi (uno per Distretto) in collaborazione con Direttori Distretti e Coordinatori Infermieristici	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Gli eventi infortunistici sono registrati nel sistema informativo SEI nei Pronto soccorsi e del Punto di Primo intervento	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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: PSAL: partecipare alla elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Risultato atteso: Report congiunto di attività alla DCS
Attuazione al 31.12.2016: Per il settore dell'edilizia è stato organizzato un corso sulle procedure elaborate a Palmanova il 30/11 e 13/12 (100% degli operatori formati). Per il settore dell'agricoltura le procedure sulla vigilanza sono state presentate alle associazioni di categoria il 5 dicembre a Palmanova	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Risultato atteso: Proposta di linee guida regionali

operativi sulla uniformità dei controlli.	
Attuazione al 31.12.2016: La partecipazione è stata garantita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 >=2 (36 target regionale complessivo) - N° di audit realizzati >=3 audit per auditor ufficiali presenti nell'elenco deliberato. SIAN: - N° di nuovi auditor formati >=4 (36 target regionale complessivo) - N° di audit realizzati >=3 audit
Attuazione al 31.12.2016: Sono stati effettuati i 3 audit richiesti. La formazione regionale per i nuovi auditor è stata effettuata a gennaio nel 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Il corso non è stato attuato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale: PSAL: Realizzare ad un programma regionale di formazione sull'audit prioritariamente mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile	Risultato atteso: - Almeno n. 3 operatori PSAL formati sull'audit - Realizzazione di una scheda di audit. - Audit realizzato.
Obiettivo stralciato con DGR 2549 dd 23.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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
Attuazione al 31.12.2016:	

La check list è stata inviata alla DCS e pubblicata sul sito regionale il 08/01/17	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

<p>Obiettivo aziendale: Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale</p>	<p>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)</p>
---	--

Attuazione al 31.12.2016:
Cantieri ispezionati 152 (100% dell'obiettivo pari a 148);
LEA 5%: aziende vigilate 351 (100% dell'obiettivo 5% pari a 329)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Realizzare almeno un incontro informativo/formativo per ciascun comparto Regionale rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo</p>	<p>Risultato atteso: Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di soggetti formati suddivisi per categoria</p>

Attuazione al 31.12.2016:
E' stata realizzata una serata informativa sull'uso in sicurezza dei trattori e delle macchine agricole Majano 20.05.2016 (10 datori di lavoro e 50 utilizzatori/lavoratori) e Forgaria 21.06.2016 (10 datori di lavoro e 35 utilizzatori/lavoratori)
2) Campagna informativa regionale sulla LR "prevenzione cadute dall'alto" n. 24/2015, incontri provinciali in data 05/04/2016 e 09/06/2016 (figure varie)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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

<p>Obiettivo aziendale: Realizzare in modo coordinato con le altre AAS, 2 corso di formazione e due interventi di sensibilizzazione a livello regionale finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, al</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della partecipazione alla realizzazione di due corsi di formazione accreditati e di due interventi di sensibilizzazione a livello regionale</p>
---	---

reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	
Attuazione al 31.12.2016: E' stato realizzato un corso di sensibilizzazione diretto al miglioramento degli stili di vita (rischi ergonomici) nel comparto dell'edilizia corso provinciale I edizione 15.06.2016, II edizione 15.9.2016 e n. 3 Corsi di formazione per medici di base organizzati sulla appropriatezza certificazione delle malattie professionali a livello regionale per 8/10/16, 21/10/16, 27/10/16	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Report inviato alla dcs dal coordinatore regionale del progetto ccm	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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.	Risultato atteso: - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Adozione del regolamento regionale sul fumo - Istituzione del registro aziendale degli accertatori - Offerta di percorsi per smettere di fumare
Attuazione al 31.12.2016: 1 L'azienda ha partecipato alla stesura di una bozza di report redatto dal gruppo regionale dei medici competenti 2 Regolamento regionale recepito con il decreto n. 15 del 23/01/2017 che approva il regolamento per il divieto di fumo e il modulo di verbale di accertamento/contestazione di illecito amministrativo 3 L'Aas 3, tramite il proprio dipartimento di prevenzione, ha istituito il registro aziendale degli accertatori 4 I percorsi sono svolti con regolarità ormai da anni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Risultato atteso: Corso effettuato
Attuazione al 31.12.2016: Corso programmato per il 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016: La DCS ha individuato a livello centrale gli indicatori	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Alimentare le banche dati INFORMO e MALPROF e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Risultato atteso: Report di attività inviato alla DCS
Attuazione al 31.12.2016: INFORMO: inseriti 6 infortuni come da disposizioni del coordinatore regionale. Inserirne il 100% delle MP indagate e chiuse nel 2016 e rispondenti ai criteri (66 su 205)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016: I dati sono stati inviati secondo le indicazioni della DCS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Risultato atteso: Il 25% delle verifiche effettuate inserito a data base
Attuazione al 31.12.2016: L'inserimento dei dati non è possibile in quanto il data base non era disponibile	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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.

<p>Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la collaborazione con la DCS per l'implementazione del sistema SINVSA per gli stabilimenti di cui al Reg. CE 183/05. In corso d'anno la problematica dell'allineamento è stata presa in carico dall'osservatorio epidemiologico regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>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)</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Dar seguito alle attività del "Gruppo tecnico interistituzionale 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.</p>	<p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Documento redatto e trasmesso al responsabile del Dipartimento in data 29.12.2016 n° prot. 58896.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Nell'ambito del tavolo tecnico di "Vantazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la vantazione 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>Attuazione al 31.12.2016: La partecipazione è stata garantita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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</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</p>

modo coordinato, un'azienda referente, che, con la collaborazione di ARPA, realizzerà un evento formativo per progettisti e uno per operatori.	formativo per progettisti e uno per operatori
Attuazione al 31.12.2016: E' stata individuata l'AAS2	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: garantire almeno un 1 controllo in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	Risultato atteso: n° controlli eseguiti >= 1
Attuazione al 31.12.2016: E' stato effettuato un controllo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	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
Attuazione al 31.12.2016: L'attività è stata assegnata all'AAS5 "Friuli Occidentale"; l'AAS3 ha partecipato alle attività da loro coordinate nel comparto del legno	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviare al COR	Risultato atteso: evidenza dell'invio dei dati al COR previa indicazione regionale sulle modalità di trasmissione e tipologia di dati da trasmettere
Attuazione al 31.12.2016: Il COR non ha attuato nessuna iniziativa di raccolta dei dati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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.
Attuazione al 31.12.2016: Sono state inviate le schede per tutti i casi fino ad ora segnalati nel corso dell'anno (4)	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Invio alla DCS e al CRUA dei dati sui soggetti attualmente esposti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Dati inviati 23/06/16 prot gen n 29262</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Report alla DCS con numero di operatori formati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il corso è stato svolto</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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

<p>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).</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della realizzazione dei corsi</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Evento formativo dedicato attuato il 12/10/2016 (AAS3_16122 Approfondimenti sulla sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccino e l'andamento degli screening oncologici in AAS3)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della flow-chart aziendale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p>	

Agli atti con prot. 52571/dmo 1297 del 18/11/2016 la flow chart aziendale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Risultato atteso: evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Attuazione al 31.12.2016: E' garantita l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, ma non è stata pubblicata sul sito.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Effettuata offerta vaccinale attiva antipneumococcica per soggetti a rischio: anziani vaccinati nell'anno 2015: 27,9%. A fine 2016: 42,2%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Report inviato alla DCS in data 20/12/2016 con prot 57707	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: L'AAS 3 ha partecipato al monitoraggio degli indicatori regionali, report trasmesso il 9.09.16 prot. 41453	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici	Risultato atteso: evidenza del report aziendale sul consumo di antibiotici
OBIETTIVO STRALCIATO: La PPS (sia sul consumo degli antibiotici che sulle infezioni correlate	

all'assistenza) verrà effettuata nel 2017 (delibera 349/2016)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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: 1. Evento realizzato 2. Evidenza della partecipazione del personale non ancora formato all'edizione del 2016.
Attuazione al 31.12.2016: Evento formativo non realizzato nel 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Linee guida regionali non sono state adottate e pertanto la procedura aziendale non è aggiornata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la partecipazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016: Con nota 31/5/2016 la DCS ha comunicato il protocollo di gestione sanitaria per i migranti. I dati di attività sono periodicamente inviati alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della realizzazione di un intervento formativo/informativo</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Evento formativo dedicato attuato il 23/01/2017 come da accordi con la Direzione Centrale Salute</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship</p>	<p>Risultato atteso: % medici prescrittori formati >=25%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Nel 2016 sono state realizzati 6 corsi di formazione relativi all'antimicrobial stewardship. Il 47% di medici prescrittori formati (medicina interna e medicina d'urgenza.)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'invio del report in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: La reportistica regionale è stata diffusa in forma cartacea e tramite mail</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

<p>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.</p>	<p>Risultato atteso: - evidenza della costituzione del gruppo aziendale - evidenza dell'individuazione del referente aziendale - evidenza dell'adozione formale del piano</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il gruppo è stato costituito con decreto 341 dd 25.10.2016 avente per oggetto "Obiettivo "Attivare iniziative di sostegno all'allattamento al seno" -Costituzione gruppo aziendale, che prevede al suo interno l'individuazione dei referenti aziendali. Il piano di miglioramento, che prevede specifici "passi", fa parte delle attività programmate avviate ai fini dell'accreditamento ACI.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza del report di autovalutazione</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il questionario di autovalutazione relativo al punto nascita di San Daniele e Tolmezzo è stato compilato in collaborazione con la pediatria e la ginecologia/ostetricia e trasmesso alla Dir. Centrale in data 29/12/2016 unitamente al documento "Politica per l'allattamento al seno e l'alimentazione dei bambini"</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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.</p>	<p>Risultato atteso: - Evidenza dell'invio del censimento alla DCS - Evidenza dell'invio del monitoraggio delle attività alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Monitoraggio concluso al 31.12.2016 e inviato alla DCS in data 15.02.2017 prot. n° 6768</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'inserimento dei dati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: La rilevazione della presenza del sale iodato è stata eseguita su 45 imprese (ristorazione collettiva scolastiche ed esercizi di vendita al dettaglio) delle 56 totali ispezionate. I dati sono stati inseriti su SISAVeR.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: 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: 1. Realizzazione coordinamento 2. Partecipazione del personale di controllo veterinario non ancora formato nell'edizione del 2016</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Partecipazione di personale afferente al SIAN all'edizione dd. 13 Dicembre 2016</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.17 Sicurezza alimentare e salute e benessere animale (Programma XVI PRP)	
<p>Obiettivo aziendale: Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGE</p>	<p>Risultato atteso: - % dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità=100% - Evidenza dell'inserimento dei verbali in BDN.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Inseriti 153 controlli su 122 previsti per gli atti di interesse della condizionalità.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2015</p>	<p>Risultato atteso: Partecipare all'elaborazione e condivisione di un Protocollo regionale sulle tossinfezioni n, dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. >= 8 VETERINARIA: – 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 SIAN: – 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</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: - Effettuati 8 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni: programmati per l'ultimo quadrimestre. VETERINARIA: – interventi ispettivi per settore = eseguite n. 1484 ispezioni PRISAN alla macellazione, - eseguite 1259 ispezioni PRISAN su 1131 programmate in stabilimenti Ric. 853, - eseguite 162 ispezioni PRISAN su 70 programmate in stabilimenti Reg. 852 – n. audit per settore: effettuati 32 audit – controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazione del rischio: effettuati 321 campioni su 270 previsti (270 = 60% dei campioni assegnati all' AAS 3) SIAN: – n. interventi ispettivi per settore: 7% delle imprese alimentari presenti sul territorio. Il target % non è stato rispettato in quanto nel 2016 vi è stato un rilevante turnover nel personale tecnico assegnato al SIAN che ne ha limitato sensibilmente l'operatività.</p>	

– n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazione del rischio: 48	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO: VETERINARIA OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO: SIAN
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 DPREg 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...
Attuazione al 31.12.2016: Nel corso del 2016 è continuata la collaborazione con gli enti preposti (ASS. Agricoltura , Università, Coldiretti, Fattorie Sociali e Centro di Formazione Agricola Permanente). Sono stati organizzati 18 incontri con le Amministrazioni Locali in seguito ai quali sono stati organizzati i corsi di formazione per prodotti vegetali, a base di carne, erbe officinali, prodotti da forno e per il miele e i prodotti dell'alveare. Sono stati effettuati 12 sopralluoghi preventivi presso 10 imprese agricole per valutare la possibilità di adesione al progetto PPL. A seguito dei sopralluoghi sono giunte al SIAN 3 richieste di notifiche di registrazione di Nuova Impresa Alimentare come PPL, il cui numero complessivo ha raggiunto, nel 2016, le 5 unità.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: 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
Attuazione al 31.12.2016: Eseguiti i controlli previsti dal Decreto Ministeriale sui greggi (n. 04) target presenti sul territorio della AAS 3	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	Risultato atteso: n. allevamenti della coorte controllati >= 46 (salvo chiusure allevamenti o defezioni dal piano nel corso del 2016)

<p>Attuazione al 31.12.2016: Controllati nel corso del 2016 45 allevamenti per malattia di Aujeszky (una defezione) (lista allevamenti controllati agli atti)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Attuazione al 31.12.2016: Eseguiti n. 72 controlli su 69 previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Attuazione al 31.12.2016: Eseguiti n. 13 sopralluoghi su 11 programmati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Eseguiti sopralluoghi congiunti con il personale della Direzione Regionale Sanità nelle 2 strutture convenzionate presenti sul Territorio. Non eseguito controllo sull'unica struttura non convenzionata presente sul territorio AAS 3 (struttura ad apertura stagionale)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 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"> – Evidenza della revisione dei piani di assistenza primaria entro 60 gg dall'emanazione delle indicazioni della Direzione Centrale Salute; – Evidenza l'avvio della fase progettuale per la ristrutturazione di ambienti idonei ad ospitare 2 CAP; – Evidenza delle attività svolte a livello di AFT.
<p>Attuazione al 31.12.2016: Non sono pervenute le indicazioni regionali per la revisione dei piani di assistenza primaria. Con Decreto n. 309 ADOTTATO NELLA SEDUTA DEL 28/09/2016 è stato approvato il Piano di Sviluppo dei Centri di Assistenza Primaria ex art. 20 L.R. 17/2014 E' stato adottato il DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE N. 95 nella seduta del 29/03/2016 avente come oggetto: "Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale: presa d'atto inizio operatività, individuazione delle sedi di coordinamento e approvazione degli obiettivi per l'anno 2016." Le AFT sono regolarmente attive e i Distretti hanno svolto incontri di audit o dedicati a temi specifici (es: farmaceutica, appropriatezza prescrittiva) I CAP attivi sono 4:(CAP di Ovaro, CAP di Mortegliano, CAP di Buja e CAP di Tarvisio.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Agli atti documentazione inerente le giornate della trasparenza realizzate nelle date 4 novembre (Lauco), 30 novembre Tarvisio e Ovaro, 7 dicembre Mortegliano, 14 dicembre Buja, 05 novembre a Paluzza</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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"> – Reclutamento nuovi valutatori – Addestramento e messa a disposizione dei valutatori formati per le procedure di autorizzazione/accreditamento regionale come da programma annuale approvato

	dall'organismo tecnicamente accreditante – Adesione alle attività di accreditamento degli ospedali regionali secondo il programma annuale approvato dall'organismo tecnicamente accreditante
Attuazione al 31.12.2016: Le attività di adempimento della DGR 2220/2015 sono state realizzate secondo le indicazioni ed i tempi definiti dalla regione. Agli atti i verbali delle visite di accreditamento	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari	
Odontoiatria sociale	
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	Risultato atteso: presenza della figura dell'igienista dentale
Obiettivo stralciato con DGR 2549 dd 23.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2549/2016
Obiettivo aziendale: Graduale attuazione del progetto di potenziamento dell'odontoiatria sociale redatto nel 2015	Risultato atteso: attuazione del progetto secondo i tempi stabiliti dalla Regione
Attuazione al 31.12.2016: Il progetto è stato attuato nei tempi e nei modi indicati dalla regione, con avvio dell'attività a Gemona a fine 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari	
Cure palliative	
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	Risultato atteso: - evidenza della nomina del responsabile del programma transmurale "cure palliative" - definizione dei contenuti di dettaglio del programma ed avvio delle attività

<p>Attuazione al 31.12.2016: Il programma transmurale è stato costituito ed assegnato con decreto nr 175 dd 23/05/2016. Il programma è stato condiviso con la direzione e con i responsabili delle strutture territoriali In data 19/10.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli intervento 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>
--	--

Attuazione al 31.12.2016:
 Lo skill mix del DSM risulta modificato, in quanto un OSS cessato è stato sostituito da un educatore professionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

<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>
--	---

Attuazione al 31.12.2016:
 Nel corso del 2016 la Regione né alcun altro centro hub ha promosso progettualità sul tema, che trova spazio anche nella programmazione 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO L'AZIENDA HA PARTECIPATO AI LAVORI DI PROGRAMMAZIONE (PIANO SALUTE MENTALE) CON I PROPRI REFERENTI
--	---

<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</p>	<p>Risultato atteso: Le attività saranno implementate in convenzione con l'AAS4</p>
--	--

il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio.	
Attuazione al 31.12.2016: I professionisti delle due aziende coinvolte nel processo di cura delle persone con disturbi del comportamento alimentare hanno fatto un'analisi della casistica e definito una flow-chart. Le direzioni dovranno valutare la proposta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	Risultato atteso: Attivazione di un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano.
Attuazione al 31.12.2016: Tutti i distretti sono dotati di un punto unico di accesso, che risponde anche agli utenti anziani.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

Dipendenze

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
Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la partecipazione al gruppo tecnico e l'invio dei dati per i flussi informativi regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la regolare partecipazione ai tavoli regionali indetti sul tema (100%).	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<p>Risultato atteso: Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Sono stati individuati quattro indicatori, di cui tre (drop-out, overdose, suicidi) sono svolti a livello regionale, mentre uno (follow-up fumatori) viene svolto in ogni SerT. I report sono stati predisposti correttamente.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari

Sanità penitenziaria

<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza del protocollo operativo locale entro il 30.06.2016</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il protocollo operativo è stato redatto (agli atti della Direzione Aziendale in data 23 giugno 2016)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari

Ospedali psichiatrici giudiziari

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari

Riabilitazione

<p>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</p>	<p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il Piano Regionale della Riabilitazione non è stato approvato. L'AAS3 ha comunque avviato la propria progettualità delle Degenze Intermedie Polifunzionali presso il POS di Gemona a forte valenza riabilitativa.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

	NEL CORSO DEL 2016 NON SONO STATE CONVOCATE RIUNIONI DEL TAVOLO TECNICO IN MATERIA DI RIABILITAZIONE
--	---

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

Percorso nascita

<p>Obiettivo aziendale: Attivazione del programma transmurale "percorso nascita" previsto nell'Atto Aziendale dell'AAS3</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della nomina del responsabile del programma transmurale "percorso nascita" - definizione dei contenuti di dettaglio del programma ed avvio delle attività - Predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non - Temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani di formazione - Attivazione della guardia pediatrica h. 24 presso l'ospedale di Tolmezzo
---	---

Attuazione al 31.12.2016:

Il responsabile del Programma è stato individuato con decreto DG nr 25 del 01.02.2016 "Attuazione Atto Aziendale AAS3: istituzione dei Programmi e dei Progetti Transmurali e individuazione del Dirigente responsabile"

I contenuti del programma transmurale sono stati presentati e condivisi con il Direttore sanitario nel mese di ottobre e sono esitati in una riunione di consensus il 24 gennaio.

Esistono i percorsi assistenziali condivisi tra ginecologi, ostetriche ed anestetisti sulla parto-analgesia farmacologica e non;

Nel piano formazione 2016 sono stati inseriti degli argomenti di ostetricia che hanno interessato tutto il personale del materno-infantile con obbligo di presenza per i medici

La guardia pediatrica presso l'ospedale di Tolmezzo è attiva da febbraio 2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Rispetto da parte dei Punti Nascita delle misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza del rispetto delle misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012</p>

Attuazione al 31.12.2016:

I punti nascita rispettano i requisiti previsti per l'accreditamento.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Integrazione ospedale territorio anche attraverso l'implementazione di un'Agenda della Gravidanza</p>	<p>Risultato atteso: Agenda della Gravidanza implementata</p>

<p>Attuazione al 31.12.2016: Il prototipo dell'Agenda della gravidanza individuata dal gruppo regionale non è ancora stata resa disponibile per le AAS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della carta dei servizi aziendali per il percorso nascita</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: La carta dei servizi è stata predisposta ed è consultabile sul sito aziendale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500 grammi</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500 grammi</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Le raccomandazioni ministeriali sono state attuate attraverso il percorso di miglioramento legato all'accreditamento ACI (es. procedura condivisa sull'emorragia del post partum e procedura condivisa sull'uso dell'ossitocina e l'assistenza al parto fisiologico)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Formalizzazione 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.</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della procedura/protocollo</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: La procedura è presente in Azienda ed è stata presentata e valutata dagli auditor dell'accreditamento istituzionale regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

Diabete

<p>Obiettivo aziendale: Applicazione dei documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'applicazione dei documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Nel mese di dicembre è stato redatto un documento istitutivo del Team Diabetologico aziendale</p>	

comprensivo anche di progettualità di integrazione con in territorio. Sono state avviate alcune progettualità sulla gestione integrata, in particolare con i CAP di Tarvisio ed Ovaro, che saranno consolidate nel 2017 anche negli altri CAP.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari

Autismo

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
--	--

Attuazione al 31.12.2016:
La partecipazione è stata garantita dal neuropsichiatra infantile aziendale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari

Consultori familiari

3.3.2 Programmazione degli intervento socio sanitari

Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale

Obiettivo aziendale: Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale	Risultato atteso: 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.
--	---

Attuazione al 31.12.2016:
Non si è partecipato ad attività di collaborazione internazionale

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
--	--------------------------------

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p><u>CUORE</u>: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco <= 210 per 100000 ab di 50-74 anni</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco <= 210 per 100000 ab di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")</p> <p>2. 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</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100000 ab di 50-74 anni è stato pari 203,40 per 100.000 ab</p> <p>L'Azienda ha garantito la partecipazione ai tavoli tecnici e alla</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p><u>RENE</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % pazienti in emodialisi sul totale (trapiantati+emodializzati+dialisi peritoneale) <= 50% - Inserire almeno 1 paziente in lista per trapianto da vivente (contributo al raggiungimento obiettivo regionale) - Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati - 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)
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Pazienti in emodialisi cronica: 118 totali, Pazienti in dialisi peritoneale: 22 totali;</p> <p>Pazienti trapiantati di rene: 82 totali. Pazienti con insufficienza d'organo complessivi: 222 totali</p> <p>% pazienti in emodialisi sul totale (trapiantati+emodializzati+dialisi peritoneale) = 53 %</p> <p>E' stato inviato un paziente candidato al trapianto da vivente nei primi 5 mesi dell'anno</p> <p>Il referente aziendale ha partecipato al tavolo regionale e concorso alla stesura dei PTDA</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai tavoli regionali per la

<u>FEGATO</u>	formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati
Attuazione al 31.12.2016: L'Azienda ha garantito la partecipazione, qualora richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale: <u>PANCREAS</u> : tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 53 per milione di residenti	Risultato atteso: tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo <= 53 milioni di residenti (modalità calcolo "Bersaglio") - Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera pancreas
Attuazione al 31.12.2016: Il tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo è stato di 45,05 per milioni di residenti. L'Azienda ha garantito la partecipazione, qualora richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: <u>POLMONE</u> : tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni	Risultato atteso: tasso di ospedalizzazione per BPCO <= 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio") - Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera polmone
Attuazione al 31.12.2016: tasso di ospedalizzazione per BPCO 2016 = 65,02 per 100.000 ab L'Azienda ha garantito la partecipazione, qualora richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.2 Emergenza urgenza

Obiettivo aziendale: 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).	Risultato atteso: 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) Collaborare con il presidio Hub al raggiungimento regionale di incremento dell'attività di trombolisi endovenosa /endoarteriosa
---	---

<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>La scala Barthel e Rankin vengono utilizzate, ma su supporto cartaceo, poiché non è ancora disponibile la scheda sull'applicativo clinico.</p> <p>Tutti gli hub della regione hanno raggiunto il target assegnato per il 2016.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Emergenze cardiologiche</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>L'Azienda ha garantito la partecipazione, qualora richiesta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Avvio rete trauma</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> % pazienti ≥ 65enni con fratture di femore operati entro 48h (calcolato secondo criteri PNE) $\geq 80\%$ dei casi per presidio ospedaliero - Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>% pazienti ≥ 65enni con fratture di femore operati entro 48h = 82,91% dei casi per presidio ospedaliero</p> <p>L'Azienda ha garantito la partecipazione, qualora richiesta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Migliorare l'efficienza del sistema di pronto soccorso ed emergenza urgenza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % pazienti con tempo di attesa dei codici verdi ≤ 1 ora $\geq 80\%$ - % pazienti con codice verde con permanenza in PS ≤ 4h non inviati a ricovero $> 85\%$
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % pazienti con tempo di attesa dei codici verdi ≤ 1 ora = 83,97% - % pazienti con codice verde con permanenza in PS ≤ 4h non inviati a ricovero = 86,74% 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.3 Reti di patologie	
<p>Obiettivo aziendale: <u>MALATTIE RARE</u> Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza dell'implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011. 2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il flusso informativo verso il registro regionale delle malattie rare è stato implementato. Il tavolo regionale non è mai stato convocato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale: <u>MALATTIE REUMATICHE</u> Formalizzazione di almeno 2 Percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza di almeno 2 Percorsi assistenziali. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali individuando anche specifici indicatori di esito clinico</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: L'Azienda ha garantito la partecipazione, qualora richiesta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u> Formalizzazione ed avvio della rete delle cure palliative e terapia del dolore.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della nomina del responsabile del programma transmurale "cure palliative" - definizione dei contenuti di dettaglio del programma ed avvio delle attività
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il programma transmurale è stato costituito ed assegnato con decreto nr 175 dd 23/05/2016. Il programma è stato condiviso con la direzione e con i responsabili delle strutture territoriali in data 19/10.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u> 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: 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>Attuazione al 31.12.2016:</p>	

Gli strumenti per la valutazione del dolore sono utilizzati regolarmente secondo le modalità definite dal rischio clinico.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u> Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice secondo i tempi e i criteri definiti dalla Regione</p>

Attuazione al 31.12.2016:

L'Azienda ha risposto all'autovalutazione richiesta dalla regione

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u> 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: - Evidenza della nuova documentazione sanitaria - Evidenza dell'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale condizionatamente alla messa a disposizione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza</p>

Attuazione al 31.12.2016:

L'avvio del nuovo sistema informativo è previsto per il 2017

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: <u>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</u> 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</p>	<p>Risultato atteso: Incremento della % di decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni >=10% rispetto al 2015</p>

Attuazione al 31.12.2016:

Incremento della % di decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni è stato del 2,5% rispetto al 2015

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.4.4 Materno infantile	
<p>Obiettivo aziendale: Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica</p>	<p>Risultato atteso: presenza dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: L'ambulatorio è già presente nell'organizzazione dell'assistenza della gravidanza fisiologica.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (fonte Bersaglio).</p>	<p>Risultato atteso: % Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati < 20% (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: % Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati = 14,66</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).</p>	<p>Risultato atteso: Parti indotti farmacologicamente < 20% (valore medio regionale 2014 del 26,78 – fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Parti indotti farmacologicamente = 18,72</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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 anestesiologicala.</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Sono state avviate azioni propedeutiche alla redazione dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.5. Sangue ed emocomponenti	
<p>Obiettivo aziendale: Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della partecipazione ai programmi regionali</p>

<p>Attuazione al 31.12.2016: Le strutture garantiscono nella loro operatività l'adesione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Miglioramento appropriatezza delle richieste di trasfusione</p>	<p>Risultato atteso: Riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriata (superiore al 10%)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: A livello aziendale vi è stata una riduzione delle sacche non trasfuse pari al 23,73%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: % Pazienti di RSA o Residenze per gli anziani che è stato trasfuso nella propria residenza >=80% (monitoraggio effettuato dalle strutture trasfusionali regionali).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: % Pazienti di RSA o Residenze per gli anziani che è stato trasfuso nella propria residenza: 100,0% Il dato è stato rilevato in modo puntuale su Emonet solo a partire da settembre.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: partecipazione alle attività al rinnovo dell'accreditamento delle strutture trasfusionali regionali secondo le previsioni della DGR 2528/2011</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della conformità degli standard di competenza dell'AAS3</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il verbale di verifica visita di accreditamento (nota prot. 30710 del 29/06/2016) attesta la conformità agli standard previsti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.6 Erogazione dei livelli assistenziali	
<p>Obiettivo aziendale: Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri</p>	<p>Risultato atteso: 1. % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica <= 30% per gli adulti e <=50% per i pediatrica (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatrici – fonte Bersaglio) - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni <= 4% (valore medio regionale 2014 di</p>

	<p>5,49% - fonte Bersaglio)</p> <ul style="list-style-type: none"> - degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati $\leq 0,9$ (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 – fonte Bersaglio). - % di ricoveri ripetuti con stessa MDC in una struttura regionale, entro 30gg $\leq 5\%$ (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica: 18% ADULTI, 41,06% PEDIATRICI - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni: 5,65% - degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati: 0,61 - % di ricoveri ripetuti con stessa MDC in una struttura regionale entro 30gg: 4,68 	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>3.4.7 Tempi di attesa</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>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> <p>% delle prenotazioni (primo accesso) con priorità B a favore dei residenti AAS3 garantita entro 10 gg $\geq 95\%$</p> <p>90% delle prenotazioni (primo accesso) con priorità D a favore dei residenti AAS3 garantita entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli accertamenti diagnostici $\geq 90\%$</p> <p>% delle prenotazioni (primo accesso) con priorità P a favore dei residenti AAS3 garantita entro 180 gg $\geq 85\%$</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Il report regionale evidenzia che mediamente l'AAS3 ha rispettato il tempo di prenotazione delle priorità B nel 60% dei casi, 73% per le priorità D e 87% per le priorità P.</p> <p>Sicuramente questa linea di lavoro presenta delle criticità nel raggiungimento dello standard ottimale, tuttavia si evidenzia che la metodologia di analisi adottata dalla regione non cattura tutta la performance aziendale, in quanto non valuta quelle prestazioni erogate nel medesimo giorno in cui risultano prenotate, in virtù di prassi organizzative che mirano all'agevolazione del percorso dell'utente.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>

<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione del monitoraggio regionale e del monitoraggio ministeriale.</p>	<p>Risultato atteso: evidenza dei monitoraggi regionali e ministeriali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: In monitoraggi sono stati effettuati.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</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 indicazioni del gruppo tecnico regionale, entro giugno 2016 e per la priorità D</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 on line secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale entro il 31.12.2016.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Le agende sono state configurate per la prenotazione on line secondo le indicazioni regionali</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<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 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. 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>Attuazione al 31.12.2016: In base al monitoraggio regionale l'AAS3 non risulta raggiungere gli standard ottimali previsti</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</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>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Nel 2016 si sono avviate le azioni necessarie per il governo dei tempi d'attesa e la gestione del rapporto tra attività in libera professione e attività istituzionale. Come previsto dall'Atto aziendale è stata attivata la SOC Gestione delle Prestazioni Sanitarie e successivamente individuata una posizione organizzativa al suo interno. Sono stati predisposti dei</p>	

nuovi report basati sulla nuova organizzazione, in particolare per le strutture che sono state unificate.

In attesa che i sistemi di transcodifica e le modalità di configurazione e utilizzo dei sistemi informativi clinico-amministrativi diventassero omogenei, si è intervenuti in modo puntuale per gestire situazioni che avevano tempi di attesa critici. Il processo avviato maturerà nel 2017, anche attraverso il gruppo di lavoro attivato nel 2016 a livello regionale in EGAS ed attraverso l'avvio di un corso di formazione-azione rivolto agli operatori impegnati nella gestione del processo ambulatoriale sulla "revisione del modello organizzativo e di governance per l'erogazione delle prestazioni specialistiche per esterni".

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
--	---

3.4.8 Rischio clinico

Obiettivo aziendale: Monitoraggio indicatori regionali sul rischio clinico	Risultato atteso: Evidenza dei report semestrali secondo le scadenze indicate dal referente regionale sul Rischio clinico
---	--

Attuazione al 31.12.2016:
I report sono stati inviati nei tempi previsti

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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"	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"
--	---

Attuazione al 31.12.2016:
Sono state organizzate tre giornate formative sulla "prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e un evento sulla prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici".

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

Obiettivo aziendale: riduzione dei rischi da interazione più frequenti così come emerso dalle sorveglianze regionali effettuate	Risultato atteso: evidenza di un'indagine campionaria di prevalenza dei pazienti in polifarmacoterapia e diffusione della relativa reportistica
--	--

Attuazione al 31.12.2016:
L'indagine è stata realizzata nel mese di novembre e i dati sono trasmessi in Regione con email del 09/01/2017

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

Obiettivo aziendale: sistematica adozione della riconciliazione	Risultato atteso: - evidenza della diffusione della procedura
--	--

farmacologica nei diversi contesti assistenziali	- evidenza della formazione del personale - avvio dell'applicazione
Attuazione al 31.12.2016: E' stata definita la bozza della Politica aziendale sulla riconciliazione. Il processo di riconciliazione della terapia si è avviato sperimentalmente presso il DIP di Gemona, modulo internistico. Gli strumenti utilizzati sono la cartella clinica sezione "terapia domiciliare", il FUT e la lettera di dimissione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG in materia di sicurezza del farmaco	Risultato atteso: evidenza della reportistica periodica
Obiettivo stralciato con DGR 2549 dd 23.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2549 dd 23.12.2016
Obiettivo aziendale: "antimicrobial stewardship": valutazione aderenza alle linee guida terapeutiche regionali	Risultato atteso: evidenza della valutazione dell'aderenza ad almeno 1 linea guida regionale
Attuazione al 31.12.2016: Nel 2016 sono state realizzati 6 corsi di formazione relativi all'antimicrobial stewardship a cui hanno partecipato il 47% di medici prescrittori (medicina interna e medicina d'urgenza). Valutata aderenza linea guida relativa alle polmoniti ricoveri di nov- dic 2015. E' prevista una rivalutazione, successiva all'adozione delle stesse, dei ricoveri di novembre- dicembre 2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: diffusione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici	Risultato atteso: evidenza della diffusione della reportistica regionale periodica
Attuazione al 31.12.2016: La reportistica regionale relativa alle resistenze antibiotiche è stata diffusa in forma cartacea e tramite mail a tutte le SC coinvolte. Il 16 settembre è stato inviato in regione il monitoraggio sul consumo degli antibiotici aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: l'adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche	Risultato atteso: evidenza della diffusione delle misure di restrizione
Attuazione al 31.12.2016: Sono stati elaborati e diffusi i seguenti documenti del sistema gestione qualità: - Istruzione operativa - Utilizzo degli antibiotici soggetti a prescrizione condizionata. - Politica per la corretta gestione degli antibiotici.	

- Documento relativo al primo approccio alla terapia antibiotica nel paziente co sospetta malattia infettiva.
- Modulistica sull'uso dei farmaci off-label e per la richiesta degli antibiotici soggetti a prescrizione condizionata.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: evidenza dell'avvio delle azioni di miglioramento</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: A seguito della compilazione del questionario CARMINA 2016 è stata realizzata l'azione di miglioramento nell'area 7, standard 7.3. Evidenza trasmessa alla DCS il 6.12.16</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione"</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Sono stati individuati i 4 referenti aziendali per specifiche linee di lavoro: studio di fattibilità per adottare Scala Braden, revisione linee guida regionali, corso di formazione regionale, studio di Incidenza. L'AAS 3 ha partecipato all'indagine di prevalenza regionale che si è svolta dal 21 novembre al 20 dicembre. Mail di trasmissione dei dati del 17 gennaio 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione";</p>	<p>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</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: La fase 2 di integrazione dei sistemi informativi ex ASS3 e ex ASS4 da parte di INSIEL ha avuto compimento solo a fine novembre.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini sulle tematiche del rischio</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della predisposizione e della diffusione del materiale informativo destinato ai cittadini sulle tematiche del rischio</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il materiale informativo è messo a disposizione sul sito aziendale. Le copie cartacee sono state</p>	

messe a disposizione dei punti informativi dei due presidi ospedalieri.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.9 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

<p>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</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della convenzione con l'IRCCS Burlo per la chirurgia pediatrica evidenza dell'attribuzione e valutazione dei privilegi per la chirurgia oncologica</p>
---	--

Attuazione al 31.12.2016:
La convenzione con l'IRCCS Burlo è attiva da diversi anni.
Il percorso di individuazione dei privilegi è stato completato per una stato per una parte dei professionisti e verrà ultimato del 2017, in condizioni di stabilità organizzativa.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
--	---

<p>Obiettivo aziendale: 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 choosing wisely</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della lista di interventi/esami da prescrivere con maggior prudenza</p>
--	---

Attuazione al 31.12.2016:
La Direzione medica ospedaliera ha definito in collaborazione con i clinici la lista di interventi/esami da prescrivere con maggior prudenza

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

ASSISTENZA FARMACEUTICA	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale, ambulatoriale, ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo <i>setting</i> 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>1-Realizzazione di 2 incontri di audit per AFT con il coinvolgimento dei Distretti e degli specialisti ospedalieri di interesse.</p> <p>2-Analisi dei profili prescrittivi ospedalieri ed identificazione delle aree di intervento.</p> <p>3-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>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>1 - Nel corso del 2016 sono stati svolti 8 incontri con MMG/AFT.</p> <p>2 - Nel corso dell'anno si sono tenuti 4 incontri inseriti all'interno del programma "antimicrobial stewardship" durante i quali si sono analizzati i profili prescrittivi degli antibiotici nei due presidi ospedalieri. Si sono in particolare esaminati i diversi approcci terapeutici nei reparti di medicina e emergenza identificate specifiche aree di intervento e predisposto specifico report.</p> <p>3 –ASUIUD ha trasmesso l'elenco dei medicinali erogati da ASUIUD a pazienti dell'AAS3, che sono stati successivamente elaborati per una prima valutazione dei profili prescrittivi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Individuazione di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale, ambulatoriale, ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza dell'identificazione e l'assegnazione di obiettivi specifici per AFT ai prescrittori e territoriali e obiettivi specifici per prescrittori ospedalieri.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Sul versante territoriale gli obiettivi per AFT sono stati assegnati sia nell'ambito dell'accordo AIR che dalle linee per la gestione del SSR. Nell'ambito delle riunioni con i MMG sono stati proposti costantemente gli obiettivi di risparmio AIFA-MEF</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>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</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>% 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 >=80%</p>

<p>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>Attuazione al 31.12.2016 <i>(integrazione su richiesta Direzione)</i> <i>In ambito territoriale (DPC) le confezioni di farmaci biosimilari sono passate da 371 del 2015 a 859 del 2016 con un incremento pari al 131%, il trend oltremodo positivo di crescita evidenzia il raggiungimento del "miglior valore possibile".</i> <i>In ambito ospedaliero e in distribuzione diretta, le DDD di farmaci biosimilari sono passate da circa 2400 nel 2015 a circa 15.500 nel 2016 con un incremento pari al 535% che si ritiene essere il miglior valore possibile.</i></p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Obiettivo aziendale: 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 inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.</p>	<p>Risultato atteso: Percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte all'interno delle seguenti categorie ATC di farmaci: C09CA-antagonisti dell'angiotensina II, non associati >=92,3% C09DA agonisti dell'angiotensina IIe diuretici >= 99,30 % C10AA inibitori dell'HMG COA reductasi>= 85,90% G04CB inibitori del testosterone 5-alfa reductasi>=43,90% M05BA bifosfonati>=93,90% N03AX altri antiepilettici >=69,10% N06AX altri antidepressivi>=57,10% N02CC agonisti selettivi dei recettori 5HT1>=69,20% S01ED sostanze beta-bloccanti>=35,70% Valutazione dell'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</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: C09CA-antagonisti dell'angiotensina II, non associati =81,53% C09DA agonisti dell'angiotensina IIe diuretici = 72,69 %</p>	

<p>C10AA inibitori dell'HMG COA reduttasi= 82,61%</p> <p>G04CB inibitori del testosterone 5-alfa reduttasi=32,68%</p> <p>M05BA bifosfonati=86,58%</p> <p>N03AX altri antiepilettici =95,38%</p> <p>N06AX altri antidepressivi=78,86%</p> <p>N02CC agonisti selettivi dei recettori 5HT1=95,06%</p> <p>S01ED sostanze beta-bloccanti=44,40%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO 4/9 A TARGET: NON RAGGIUNTO RAGGIUNTO PER CATEGORIE A MAGGIOR IMPATTO
<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>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Nel corso dell'anno si è avviata una importante azione di raccordo con i diabetologi (incontri e solleciti mail periodici) ed è stato predisposto un report ad hoc che ha valutato l'uso dei biosimilari nei pazienti naive rispetto al farmaco originator-branded. La percentuale di impiego di farmaci non coperti da brevetto è risultata molto bassa nonostante le azioni intraprese</p> <p>Attivato il percorso per l'insulina glargine nella formulazione originator-biosimilare. Agli atti report relativo all'andamento dei consumi e della spesa aziendale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>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.</p> <p>- deve inoltre essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria.</p>

attività dovrà essere assicurata in almeno il 20% delle residenze protette.	
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' stata effettuata un'analisi su un campione di 200 pazienti circa, arruolati presso le CDR di Ampezzo, Buja, Codroipo, Moggio, Mortegliano, Paluzza, Gemona (2) e Tolmezzo; le rivalutazioni sono state proposte stratificando i pazienti in base alla numerosità dei principi attivi assunti, valutazione delle interazioni, criteri di Beers e Stopp&Start.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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 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>Risultato atteso:</p> <p>evidenza del monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Ogni erogazione di dispositivo per l'assistenza integrativa è stata preventivamente valutata e autorizzata dai distretti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>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>Risultato atteso:</p> <p>evidenza di attivazione/implementazione di modalità erogative, maggiormente vantaggiose per il SSR, di ausili di assistenza protesica, e ausili per diabetici</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Ogni erogazione di dispositivo per l'assistenza integrativa è stata ricondotta al dispositivo aggiudicato in sede di gara (tranne in caso di dichiarata non sostituibilità dell'articolo da parte del prescrittore). E' stato avviato il processo di centralizzazione dell'acquisizione di tutti gli articoli erogati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

PER LA PARTE PROTESICA RAGGIUNTO	
Obiettivo aziendale: 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.	Risultato atteso: Evidenza del raccordo con Federfarma sul monitoraggio.
Attuazione al 31.12.2016: In data 28/09/2016 Federfarma ha riscontrato la nota 4073/del 02/09/2016 di questa SOC evidenziando condivisione ed apprezzamento per la proposta di questo formulata sul raccordo e gestione delle carenze.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: miglioramento dell'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS	Risultato atteso: - % delle confezioni destinate alla distribuzione nominale prescritte tramite PSM $\geq 80\%$ del totale delle confezioni destinate alla distribuzione nominale (escluse le case di riposo) - Entro il 31.12.2016 attivazione di tutte le strutture all'utilizzo dell'applicativo dedicato per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici-prima prescrizione e rinnovi-e avvio della prescrizione tramite sistema informatizzato (Risultato atteso modificato con DGR 2549/2016)
Attuazione al 31.12.2016: La % delle confezioni destinate alla distribuzione nominale prescritte tramite PSM è stata pari all'88,06% del totale delle confezioni destinate alla distribuzione nominale La parametrizzazione delle strutture è stata completata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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	PSM DIRETTA NOMINALE = 95% PSM-PT: RAGGIUNTO Risultato atteso: - Evidenza della partecipazione alle progettualità regionali. - Evidenza di almeno un referente (tra il personale medico e/o infermieristico) per dipartimento.

<p>che per ogni struttura/reparto venga individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2016: Sono stati individuati i referenti medici e infermieristici per dipartimento ed è stata fatta loro la formazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: 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>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compilazione dei registri AIFA per i medicinali soggetti a registro, ed erogazione solo a fronte di oggettiva compilazione - assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. - assicurare, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutte le erogazioni sono effettuate a fronte di compilazione della prescrizione AIFA - L'appropriatezza d'uso è garantita dall' erogazione effettuata a fronte della prescrizione AIFA; la verifica dell'applicazione delle condizioni negoziali è puntualmente monitorata in stretta collaborazione con i medici prescrittori (agli atti le mail inoltrate per indirizzare il prescrittore all'aggiornamento dei dati inseriti nei registri AIFA, chiudere le schede dei pazienti non più in terapia ecc.); la quota recuperata nel 2016 è stata pari a circa € 180.000. - La redazione informatizzata dei piani terapeutici e delle prescrizioni pone in evidenza e consente il rispetto delle indicazioni autorizzate e delle note AIFA; in caso di formato cartaceo, la verifica è stata applicata tramite confronto con il prescrittore e specifiche richieste di integrazione. In mancanza di integrazione il medicinale non è stato erogato. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: 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>% Completezza dei campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione. >=95% dei pazienti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p>	

<p>% Completezza dei campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione: 98,5%</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO ONCO TOLMEZZO: 97.85% ONCO SAN DANIELE: 99.31%</p>
<p>Obiettivo aziendale: 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>Risultato atteso: - 100% di copertura della fase 3 sulla fase 2 - Regolare verifica della congruenza dei dati trasmessi con gli indicatori di qualità del dato disponibile - Codice targatura inserito a sistema in fase di erogazione dei medicinali in distribuzione diretta nel 100% dei casi prescritti con PSM</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: E' stato garantito il 100% di copertura della fase 3 sulla fase 2; sono state fatte le verifiche di congruenza necessarie; il codice di targatura è stato inserito nel 100% dei casi prescritti con PSM</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE 2 =99,99%; TARGATURA 100%</p>
<p>Obiettivo aziendale: Le 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>Risultato atteso: Evidenza dell'implementazione dei sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Ove previsto (ad es. SIASA-FILE F, compensazione interaziendale) i dati sono implementati nei sistemi informativi con i riferimenti identificativi dell'assistito</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Anziani: fondo per l'autonomia possibile – salute mentale

3.6.1 Anziani: processo di riclassificazione delle residenze per anziani

<p>Obiettivo aziendale: collaborazione all'attuazione del processo medesimo secondo quanto previsto al titolo X del succitato D.P.Reg, 144/2015</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
---	---

Attuazione al 31.12.2016:

La DCS ha avviato il percorso di riclassificazione nel 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Anziani: processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti

<p>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.</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della partecipazione nei tempi e modi previsti dalla Regione</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2016:

Sono stati valutati gli anziani delle strutture semiresidenziali come da indicazione regionale. E' stato avviato il processo autorizzativo che è esitato nella concessione dell'autorizzazione.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Anziani: monitoraggio e promozione delle qualità all'interno delle residenze per anziani

<p>Obiettivo aziendale: Proseguire nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza di almeno tre nuove visite di audit approfondite.</p>
---	---

precedenti e realizzare almeno tre nuove visite di audit approfondite	
Attuazione al 31.12.2016: Sono stati effettuati tre nuovi audit nelle strutture di Mortegliano, Paluzza e Moggio Udinese	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016: La relazione illustrativa dettagliata è stata inoltra alla Direzione centrale con n. prot. 31103/dge – 593 del 30 giugno 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Anziani: sistemi informativi	
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.
Attuazione al 31.12.2016: Le verifiche vengono fatte con continuità e qualora si evidenzino anomalie si provvede tempestivamente a contattare la struttura.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Anziani: sistema VMD Valgraf-FVG	
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
Attuazione al 31.12.2016: Il 98,9% degli accessi è avvenuto a seguito di valutazione VALGRAF. Lo scarto dal 100% è determinato da 2 casi ammessi con carattere d'urgenza, in quanto dimessi da un reparto	

ospedaliero e 2 casi ammessi in moduli per autosufficienti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Anziani: vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità

<p>Obiettivo aziendale: Effettuare l'attività di vigilanza e controllo sui servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità strutture collocati sul territorio di competenza.</p>	<p>Risultato atteso: evidenza della realizzazione dell'attività di vigilanza e su almeno il 10% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza</p>
---	--

Attuazione al 31.12.2016:
L'attività di vigilanza e controllo è stata effettuata in 6 strutture semiresidenziali per non autosufficienti, 1 struttura residenziale per disabili e 1 struttura residenziale per non autosufficienti, pari al 30% delle strutture presenti sul territorio.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.6.2 Minori - affido

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

Attuazione al 31.12.2016:
E' stata svolta una disamina sullo stato di applicazione.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.6.2 Minori: adozioni

3.6.2 Minori: minoranze linguistiche

3.6.3 Piani di zona

3.7 Sistema informativo

<p>Obiettivo aziendale: Estensione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) a tutti i Pronto soccorso della Regione</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'attivazione del sistema SEI a San Daniele</p>
---	--

Attuazione al 31.12.2016:
Il Sistema SEI è attivo a San Daniele dal 27 settembre 2016

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: utilizzo della <i>firma digitale</i></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>La % di firma di referti ambulatoriali da G2 clinico è del 80,8% e quella dei referti prodotti da radiologia è al 99,9%.</p> <p>La firma digitale sulla lettera di dimissione non è avviata in quanto Insiel non ha attivato la classe documentale per la conservazione legale. La firma digitale su ECG non è attivata in quanto non è ancora realizzato l'interfacciamento del sistema ECG con il sistema insiel</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: G2 CLINICO 67,96%</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: RADIOLOGIA</p> <p>OBIETTIVO STRALCIATO: ECG</p>

3.7.1 Sistema informativo

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>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</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Il Sistema G2 Clinico è stato parametrizzato per permettere la PRESCRIZIONE virtuale da tutte le funzioni del G2 Clinico: Gestione Ambulatoriale, Gestione Reparto e Interventi Chirurgici, per tutti i reparti, gli ambulatori e i servizi dell'AAS3. Per i servizi che non usano il G2 Clinico è stato parametrizzato il sistema in modo da attivare la PRESCRIZIONE virtuale tramite l'accesso al software PSM standalone. Nel corso del 2016 è stato installato e avviato il software "PSM ver. 2.7 adeguato al fine di poter emettere ricette dematerializzate per la prescrizione di prestazioni specialistiche e per la farmaceutica, come richiesto dal "DM 2 novembre 2011 – Ricetta dematerializzata. Sono state erogate le attività correlate a tale installazione e in particolare:</p> <p>L'avvio dell'utilizzo della ricetta dematerializzata per i reparti sulle tre sedi Aziendali.</p> <p>Sono stati abilitati tutti i medici dell'azienda, sia sul sistema centrale che sul sistema regionale di accoglienza (SAR) all'emissione della ricetta dematerializzata.</p> <p>Sono stati effettuati corsi di formazione a tutto il personale coinvolto nelle sedi del Presidio Ospedaliero di San Daniele e di Tolmezzo. E' stato avviato un programma di formazione sul campo</p>	

da parte degli Amministratori di Sistema dell'AAS3.
L'avviamento dei reparti è avvenuto a partire dalla data del 14/12/2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla LR 17/2014	Risultato atteso: Adeguamento dei sistemi informativi al nuovo atto aziendale con l'inclusione delle nuove aree di S. Daniele e Codroipo.
Attuazione al 31.12.2016: E' stato eseguito l'adeguamento dei sistemi informativi al nuovo atto aziendale con l'inclusione delle nuove aree di S. Daniele e Codroipo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.2 PACS

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. - Completamento dei casi d'uso dell'emergenza e della visibilità interaziendali
Attuazione al 31.12.2016: - Nel corso del 2016 l'EGAS ha trasmesso alle varie Aziende il cronoprogramma delle attività (avviate presso il sito pilota di Pordenone) e la richiesta di attuare le precondizioni tecnologiche per poter procedere con l'estensione del PACS all'Endoscopia Digestiva. AAS3 ha provveduto, in conformità a quanto richiesto da EGAS, a predisporre i summenzionati requisiti tecnici mediante una manutenzione evolutiva del sistema Endox già in dotazione (cfr. Dtr. 718 dd. 05/10/2016). - Con nota prot. 0006242/P dd. 31/03/2016 la DCS ha individuato AAS3, ed in particolare il PO di Tolmezzo, quale sito pilota per l'uso sperimentale del caso d'uso dell'invio in emergenza di bioimmagini verso l'ospedale hub di riferimento. La sperimentazione è stata avviata nell'ottobre 2016 con modalità e tempistiche condivise con il gruppo PACS regionale e nel corso del 2016 sono stati effettuati i primi impieghi reali. - Presso la diagnostica ecografica degli ambulatori ostetrico ginecologici del PO di San Daniele del Friuli sono stati attivati i flussi informativi da e verso il sistema PACS regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

INVESTIMENTI
RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016	Esigibilità 2016
AAS3	Altri interventi	1.984.529,40	655.917,06
	Aree critiche	347.859,80	
	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	1.600.000,00	
	Elisuperfici	400.000,00	
	Interventi emergenti	205.907,00	
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	500.000,00	
	Odontoiatria sociale	60.000,00	
	Rinnovo automezzi 118	400.000,00	
		5.498.296,20	

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
AAS3	RILIEVO AZIENDALE 2002	2.185.000,00	1.748.000,00	437.000,00	437.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2005	1.881.100,00	1.504.880,00	376.220,00	376.220,00
	RILIEVO AZIENDALE 2006	973.000,00	778.400,00	194.600,00	194.600,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007	562.000,00	449.600,00	112.400,00	112.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2008	695.000,00	556.000,00	139.000,00	139.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2009	1.645.000,00	1.316.000,00	329.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2010	1.771.107,00	1.416.885,60	354.221,40	-
	RILIEVO AZIENDALE 2011	1.350.000,00	1.080.000,00	270.000,00	270.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2012	907.500,00	726.000,00	181.500,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2013	250.000,00	200.000,00	50.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2014	592.897,00	474.317,60	118.579,40	-
	RILIEVO AZIENDALE 2015	1.799.500,00	-	1.799.500,00	-
	RILIEVO REGIONALE 2015	280.000,00	-	280.000,00	-
	RISTRUTTURAZIONE E ACCREDITAMENTO OSPEDALE DI TOLMEZZO	10.000.000,00	-	10.000.000,00	1.891,00
			24.892.104,00	10.250.083,20	14.642.020,80

TABELLA INDICATORI LEA

			AAS3	AAS3
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	87,60%	NON RAGGIUNTO
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	88,6 % 88,8 %	NON RAGGIUNTO
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	88,70%	NON RAGGIUNTO
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	87,60%	NON RAGGIUNTO
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	81,70%	NON RAGGIUNTO
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	54,5%	NON RAGGIUNTO
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	81,8	NON RAGGIUNTO
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,50%	RAGGIUNTO
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100,0%	RAGGIUNTO
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100,0%	RAGGIUNTO
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100,0%	RAGGIUNTO
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100,0%	RAGGIUNTO
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100,0%	RAGGIUNTO
13 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	7%	NON RAGGIUNTO
14 LEA	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	102,7	RAGGIUNTO
15 LEA	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 4%	6,8	RAGGIUNTO
16 LEA	ASSISTENZA AI DISABILI Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	>= 0,6	0,96	RAGGIUNTO
18 LEA	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	0,52	NON RAGGIUNTO
19 LEA	FARMACEUTICA Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	<= 11,35% (valore regionale)	10,9%	NON RAGGIUNTO
20 LEA	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	5,77	RAGGIUNTO
21 LEA	SALUTE MENTALE Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab. (prevalenza)	>= 10	24,70	RAGGIUNTO
22 LEA	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	<= 140	123,1	RAGGIUNTO
24 LEA	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	42,01	RAGGIUNTO
25 LEA	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,22	RAGGIUNTO
26 LEA	Percentuale di parti cesarei	<20%	14,04%	RAGGIUNTO
27 LEA	Percentuale di pazienti (età >65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	82,91%	RAGGIUNTO
28 LEA	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'		NON PERTINENTE

Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto Aziendale	
Obiettivo aziendale: Atto aziendale	Risultato atteso: Avvio del percorso attuativo dell'atto aziendale.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 100 del 1 marzo 2016 si è definito il percorso attuativo dell'atto aziendale.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP).</p> <p>Con decreto direttore generale n. 231 del 28 aprile 2016 è stato approvato il "Progetto di riconversione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di primo Intervento (P.P.I.) " con attuazione a decorrere dal 2 maggio 2016. Il P.P.I di Maniago è attivo dal 1 maggio 2014.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 302 del 31 maggio 2016: Dipartimento Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 424 del 4 agosto 2016: S.S.D. Chirurgia vascolare.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 545 del 13 ottobre 2016: Dipartimento Materno Infantile.</p> <p>Nel mese di giugno 2016 sono stati istituiti il Dipartimento Amministrativo ed il Dipartimento Tecnico proseguendo il percorso di progressivo e graduale riordino dell'assetto organizzativo e funzionale aziendale, con l'attivazione delle nuove strutture previste nell'Atto Aziendale.</p> <p>In relazione all'applicazione dell'atto aziendale, è stata attivata la S.C. di Neuropsichiatria infantile, assegnata al Dipartimento delle Cure Primarie.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2 Progetto di riorganizzazione delle funzioni	
Obiettivo aziendale: Posti letto	Risultato atteso: 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.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP).</p> <p>I posti letto presso acuti di Sacile sono stati trasformati in SIP.</p> <p>In data 29 giugno 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute il decreto di adozione</p>	

dell'atto ricognitivo dei posti letto (decreto del direttore generale n. 375 del 29.06.2016)

Nell'ambito della rideterminazione è stata disposta anche la chiusura dei posti letto di dermatologia e di alcune sezioni di Day Hospital quali l'Endocrinologia, la Terapia del dolore di San Vito al Tagliamento e la Riabilitazione Day Hospital di Spilimbergo. La riduzione di posti letto vede un ulteriore calo di 7 unità a settembre con la riconversione del Day Surgery di Sacile in attività ambulatoriale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.1.2 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	
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 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	Risultato atteso: La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO entro 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'EFFETTIVO TRASFERIMENTO È IN CORSO NEL 2017
Obiettivo aziendale: Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Risultato atteso: La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Cardiologia-oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita ad AAS5 entro 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'EFFETTIVO TRASFERIMENTO È IN CORSO NEL 2017
Obiettivo aziendale: Trasferimento della funzione di MEDICINA NUCLEARE	Risultato atteso: La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Medicina Nucleare presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO entro 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

Integrazione delle funzioni di Laboratorio analisi, Microbiologia e Virologia	<p>Entro 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> --centro hub nel presidio ospedaliero di Pordenone per le tutte le attività di microbiologia-virologia e patologia clinica non specialistiche oncologiche; --laboratori satellite a San Vito al Tagliamento e all'IRCCS "Cro" di Aviano limitatamente alle indagini a risposta rapida di Patologia Clinica --Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile --Centro hub presso il CRO per le attività di diagnostica avanzata e di ricerca e per la diagnostica di laboratorio specialistica oncologica - Mantenimento al CRO delle attività connesse alle linee di ricerca concordate con il Ministero di microbiologia – virologia sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Con PEC n. 45681 del 4 luglio 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute l'accordo interaziendale su trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni con il CRO e con la quale si segnala che, per quanto riguarda la <u>funzione di Medicina nucleare</u>, l'unificazione delle responsabilità in capo al CRO impatterebbe in maniera significativa sulle attività erogate presso entrambe le sedi, pertanto non attuabile entro i termini previsti dalla DGR 349/2016 né entro il 1.1.2017, <u>è stato chiesto pertanto il differimento coerentemente con le indicazioni di cui alla DGR 929/2015</u>. (con decreto del Direttore Generale n. 97 del 3-2-2017 è stato modificato l'atto aziendale con l'inserimento della SOC Medicina Nucleare nel Dipartimento Medicina dei servizi)</p> <p>In data 30.06.2016 è stato sottoscritto tra i due Enti l'Accordo quadro sul trasferimento/integrazione delle funzioni. L'Accordo, che disciplina nel dettaglio la tempistica e i criteri di trasferimento/integrazione delle funzioni, è stato contestualmente inviato alla DCSISSPSF per le valutazioni di competenza anche per quanto concerne il differimento all'01.01.2017 della realizzazione dell'obiettivo.</p> <p>Con lettera prot. 51542/DG del 29 luglio 2016 sono stati costituiti alcuni gruppi tecnici per l'applicazione dell'accordo quadro tra AAS5-CRO per il trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni previste dalla delibera DGR 349/2016.</p> <p>Con decreto AAS5 n. 605 del 9.11.2016 e deliberazione CRO n. 270 del 9.11.2016 è stato approvato l'Accordo quadro interaziendale fra le due Aziende sul trasferimento e riorganizzazione di funzioni e trasmesso alla DCS con prot. n. 22192/DG del 30.12.2016 l'accordo fra le due Aziende sul documento operativo per la integrazione delle funzioni e attività della Medicina di Laboratorio.</p>	

Funzioni da attivare																																		
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.																																	
Attuazione al 31.12.2016: In data 28 giugno 2016 è stata trasmesso, alla Direzione Centrale Salute, il progetto di riorganizzazione delle funzioni reumatologia: - presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone le funzioni sono assicurate tramite due medici specialisti, già incardinati presso la S.C. Medicina di Pordenone - presso il presidio ospedaliero spoke di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo le attività sono assicurate per il tramite di un dirigente medico, specialista in reumatologia, incardinato all'interno della Medicina di Spilimbergo. Dal sistema informativo BO-SISSR universo SIASA sono evidenti le prestazioni ambulatoriali svolte nei diversi stabilimenti.																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>prestazioni</th> <th>anno 2015</th> <th>anno 2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VISITA DI CONTROLLO</td> <td>282</td> <td>265</td> </tr> <tr> <td>PRIMA VISITA</td> <td>165</td> <td>143</td> </tr> <tr> <td>PORDENONE Totale</td> <td>447</td> <td>408</td> </tr> <tr> <td>VISITA DI CONTROLLO</td> <td>174</td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>PRIMA VISITA</td> <td>106</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td>SAN VITO Totale</td> <td>280</td> <td>259</td> </tr> <tr> <td>VISITA DI CONTROLLO</td> <td>202</td> <td>246</td> </tr> <tr> <td>PRIMA VISITA</td> <td>76</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>SPLIMBERGO Totale</td> <td>278</td> <td>346</td> </tr> <tr> <td>Totale complessivo</td> <td>1005</td> <td>1013</td> </tr> </tbody> </table>		prestazioni	anno 2015	anno 2016	VISITA DI CONTROLLO	282	265	PRIMA VISITA	165	143	PORDENONE Totale	447	408	VISITA DI CONTROLLO	174	154	PRIMA VISITA	106	105	SAN VITO Totale	280	259	VISITA DI CONTROLLO	202	246	PRIMA VISITA	76	100	SPLIMBERGO Totale	278	346	Totale complessivo	1005	1013
prestazioni	anno 2015	anno 2016																																
VISITA DI CONTROLLO	282	265																																
PRIMA VISITA	165	143																																
PORDENONE Totale	447	408																																
VISITA DI CONTROLLO	174	154																																
PRIMA VISITA	106	105																																
SAN VITO Totale	280	259																																
VISITA DI CONTROLLO	202	246																																
PRIMA VISITA	76	100																																
SPLIMBERGO Totale	278	346																																
Totale complessivo	1005	1013																																
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																																	

Funzioni da attivare	
Obiettivo aziendale: Malattie Infettive	Risultato atteso: 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; 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>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>In data 18 luglio è stato attivato il servizio di malattie infettive con l'acquisizione in comando presso la Direzione medica di Pordenone di un dirigente medico di Malattie Infettive. (Determinazione del Responsabile SOC Gestione e sviluppo personale dipendente e convenzionato n. 1156 del 15 luglio 2016).</p> <p>La collaborazione con i presidi ospedalieri di S. Vito e Spilimbergo sono stati assicurati da una consulenza telefonica diurna nei giorni infrasettimanali lavorativi con la possibilità di espletamento della consulenza per via telefonica o con missione dell'infettivologo per espletamento della consulenza al letto del paziente. Il personale medico degli stabilimenti ospedalieri di S. Vito e Spilimbergo ha potuto partecipare a dei corsi di formazione sull'<i>antimicrobial stewardship</i> e degli hospital meeting per la presentazione di alcuni nuovi antibiotici tenuti dallo specialista infettivologo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Funzioni da attivare	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Area Veterinaria</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Completamento entro il 30 settembre dell'assetto organizzativo delle aree A, B, e C, secondo la DGR 929/2015</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>In applicazione Atto aziendale è stata data parziale attivazione al Dipartimento di Prevenzione con la prima fase: strutture Area veterinaria (Decreto n. 524/2016 approvazione del bando per conferimento incarico di Dirigente veterinario-Direttore di struttura complessa di sanità animale e decreto n. 525/2016 approvazione bando per il conferimento incarico di Dirigente Veterinario-Direttore di Struttura Complessa di Igiene degli Alimenti di origine animale) e con decreto n. 522 del 29.9.2016 attivata la SSD Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche ed è stato completato l'assetto organizzativo delle aree A, B, e C, secondo la DGR 929/2015</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>La collaborazione con EGAS è assicurata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4 Piano Emergenza urgenza	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Avvio delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione della riconversione del PS di Sacile in Punto di primo intervento <u>entro il 31 marzo 2016</u>; - Assicurare la presenza dell'ambulanza per la stagione invernale a Piancavallo - Messa a norma delle piazzole eli-superficie ospedaliera per Pordenone; - Adeguamento della dotazione di ambulanze ed automedica a quanto previsto dal Piano emergenza Urgenza - Partecipazione ai tavoli tecnico relativi alle attività previste per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con decreto n. 231 del 28/4/2016 avente per oggetto "Progetto per la riconversione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di Primo Intervento (P.P.I.): approvazione" con attuazione a decorrere dal 2 maggio 2016, si è avviata un'importante attività di trasformazione delle funzioni. - E' stata assicurata la presenza dell'ambulanza per la stagione invernale a Piancavallo. - Con decreto del direttore generale n. 115 del 4/3/2016 è stato approvato il programma preliminare degli investimenti anno 2016, che prevede per il piano emergenza urgenza l'implementazione/rinnovazione del parco ambulanze e con decreto n. 272 del 17/5/2016 è stato approvato il programma triennale degli investimenti 2016-2018 e dell'elenco annuale 2016-L.R. n. 26/2015. <p>Nel corso del 2016 sono stati previsti lavori per l'attivazione del volo notturno dell'elisuperficie in elevazione a Pordenone (determinazione n. 2183 del 22.12.2016 - aggiudicazione appalto lavori e processo Verbale di Consegna lavori in data 28.12.2016. I lavori si stanno svolgendo nel 2017).</p> <p>Sono state avviate le procedure di affidamento per l'acquisizione di n.2 ambulanze per l'Ospedale di Pordenone, n.1 ambulanza per l'Ospedale di San Vito e n. 1 ambulanza per l'ospedale di Spilimbergo.</p> <p>Visti i tempi di reclutamento del personale ALS a 3 unità, è stato chiesto alla DCS di rinviare la riconversione dell'auto medica di Maniago e Sacile.</p> <ul style="list-style-type: none"> - E' stata assicurata la partecipazione ai tavoli tecnici. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.5 Piano Sangue	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>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</p>

	costituzione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede di Palmanova.
Attuazione al 31.12.2016: Mancano ancora indicazioni su quando il Centro di Palmanova sarà in grado di prendere in carico gli emocomponenti della provincia di Pordenone. E' stata assicurata la partecipazione e contributo ad incontri regionali con la Direzione Centrale e i rappresentanti degli altri Dipartimenti trasfusionali regionali per la predisposizione del Piano Sangue alla luce anche del nuovo DM 02 Novembre 2015.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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.
Attuazione al 31.12.2016: E' stata assicurata la piena disponibilità a collaborare con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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.
Attuazione al 31.12.2016: Il Piano regionale della Riabilitazione non risulta ancora adottato e nel corso del 2016 non si sono tenute riunioni del gruppo tecnico regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NEL CORSO DEL 2016 NON SONO STATE CONVOCATE RIUNIONI DEL TAVOLO IN MATERIA DI RIABILITAZIONE

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.

Attuazione al 31.12.2016:

In data 30.05.16 è stato costituito il Gruppo Tecnico Salute Mentale. Il primo incontro è stato convocato in data 28 giugno, e sono stati convocati ulteriori incontri il 22 settembre ed il 9 novembre.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9 Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia

Obiettivo aziendale:

Laboratori analisi e Microbiologia e virologia

Risultato atteso modificato in accordo con il CRO:

Entro 31.12.2016:

- centro hub nel presidio ospedaliero di Pordenone per le tutte le attività di microbiologia-virologia e patologia clinica non specialistiche oncologiche;

- laboratori satellite a San Vito al Tagliamento e all'IRCCS "Cro" di Aviano limitatamente alle indagini a risposta rapida di Patologia Clinica

- Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile

- Centro hub presso il CRO per le attività di diagnostica avanzata e di ricerca e per la diagnostica di laboratorio specialistica oncologica

- Mantenimento al CRO delle attività connesse alle linee di ricerca concordate con il Ministero di microbiologia – virologia sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.

Attuazione al 31.12.2016:

Con PEC n. 45681 del 4 luglio 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute l'accordo interaziendale su trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni con il CRO.

Con lettera prot. 51542/DG del 29 luglio 2016 sono stati costituiti i gruppi tecnici per l'applicazione dell'accordo quadro tra AAS5-CRO per il trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni previste dalla delibera DGR 349/2016.

Con decreto AAS5 n. 605 del 9.11.2016 e deliberazione CRO n. 270 del 9.11.2016 è stato approvato l'Accordo quadro interaziendale fra le due Aziende sul trasferimento e riorganizzazione di funzioni e trasmesso alla DCS con prot. n. 22192/DG del 30.12.2016 l'accordo fra le due Aziende sul documento operativo per l'integrazione delle funzioni e attività della Medicina di Laboratorio.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2. Promozione della salute e prevenzione	
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 relativo contatto.
Attuazione al 31.12.2016: Con nota prot. n. 11607/DS del 19 febbraio 2016 si è provveduto a trasmettere alla DCS l'elenco dei referenti aziendali e sostituti per ciascun programma del Piano Regionale della Prevenzione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo aziendale: 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.	Risultato atteso: Adozione, entro il 2016, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.
Attuazione al 31.12.2016: A dicembre 2016 l'adozione del protocollo operativo è stato presentato nell'ambito di un evento formativo presso il CRO di Aviano, dove hanno partecipato anche i MMG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Organizzazione di almeno un corso residenziale su valutazione del rischio cardiovascolare.	Risultato atteso: Evidenza della realizzazione di un corso di formazione residenziale. Evidenza della formazione di almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria.
Attuazione al 31.12.2016: A dicembre 2016 l'adozione del protocollo operativo è stato presentato nell'ambito di un evento formativo presso il CRO di Aviano, dove hanno partecipato anche i MMG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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	Risultato atteso: Documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS

formazione di MMG e PLS.	
Attuazione al 31.12.2016: La partecipazione al gruppo di lavoro regionale inter-professionale è stata garantita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
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
Attuazione al 31.12.2016: Adesione 2016: Cervice: 63,8% Mammella: 68,1% Colon retto: 64,3%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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".	Risultato atteso: Evidenza di un documento di riorganizzazione dell'attività senologica in collaborazione con CRO
Attuazione al 31.12.2016: E' stato predisposto il PDTA condiviso tra i professionisti e le direzioni delle due aziende.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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.	Risultato atteso: Partecipazione alla definizione di un protocollo concordato con le altre aziende e invio alla DCS per l'adozione formale.
Attuazione al 31.12.2016: L'azienda ha partecipato con i propri referenti alla definizione del protocollo regionale condiviso.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Evidenza della garanzia della lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>I radiologi certificati hanno garantito entrambe le attività.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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> <p>Mantenimento delle attività di screening della mammella con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - >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>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>-Esami negativi di primo livello refertati entro 15 giorni: 99,9%</p> <p>-Percentuale di early recall:</p> <p>Pordenone: 3,4%</p> <p>San Vito: 5,7%</p> <p>Azioni:</p> <p>Nel 2016 è stata assicurata l'apertura regolare degli ambulatori per il pap test, è stato garantito il supporto logistico per le attività di screening mammografico e il funzionamento della linea telefonica dedicata per il pubblico. Sono proseguite le iniziative già in atto per aumentare l'adesione consapevole, tra cui l'invio del sollecito per posta, la presenza della firma del MMG nella lettera di invito, la diffusione dei risultati dei programmi tramite articoli sulla stampa, incontri e report.</p> <p>I radiologi certificati delle unità senologiche di Pordenone, San Vito e CRO hanno garantito la refertazione delle mammografie di primo livello presso il centro lettura unico provinciale di San Vito entro i tempi previsti e gli stessi radiologi hanno gestito il percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati. La percentuale di early recall dei casi richiamati nelle unità senologiche dell'AAS5 si mantiene ampiamente al di sotto dello standard previsto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Evidenza della completezza di compilazione della cartella endoscopica nel >=95% dei casi.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p>	

Anno 2016: San Vito = 97,85%; Spilimbergo = 100%, Pordenone = 99,33%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: - Evidenza della realizzazione di almeno un evento, dedicato agli MMG, a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale
Attuazione al 31.12.2016: - Due eventi residenziali per i MMG sugli screening oncologici nel 2015. Dieci incontri di FSC per il MMG nel 2016 sugli obiettivi relativi agli screening contenuti nell'AIR. Cinque eventi formativi residenziali rivolti ai farmacisti nel 2016. - Attuate iniziative di sensibilizzazione della popolazione in tutti e 5 i distretti mediante distribuzione di materiale informativo, affissione di locandine, incontri individuali con tutti i MMG per discutere i dati di adesione dei propri assistiti e favorire il counselling per le non aderenti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: Mantenimento delle attuali modalità operative per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (a valle delle lettere inesitate)
Attuazione al 31.12.2016: Sono proseguite le modalità operative di segnalazione ai distretti degli assistiti con lettera inesitata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento.	Risultato atteso: Mantenimento dell'attività gestita a Call Center
Attuazione al 31.12.2016: L'attività prosegue regolarmente.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale: 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.	Risultato atteso: - Garantire la partecipazione ai lavori - 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. - Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita
Attuazione al 31.12.2016: E' in atto la stesura di un protocollo regionale per l'esecuzione degli screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Risultato atteso: Report di monitoraggio del programma regionale
Attuazione al 31.12.2016: I punti nascita provvedono ad effettuare il ricontrollo di eventuali test positivi per ipotiroidismo e ad assicurare una regolare comunicazione con il laboratorio di Padova e l'IRCCS Burlo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale: Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello what's up, raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	Risultato atteso: Evidenza delle attività di promozione della salute nelle scuole (almeno il 40% degli istituti). Trasmissione report di attività alla DCS (al 31.12.2016)
Attuazione al 31.12.2016: Con nota prot. n. 11607/DS del 19 febbraio 2016 si è provveduto a trasmettere alla DCS l'elenco dei referenti aziendali e sostituti per ciascun programma del Piano Regionale della Prevenzione. 26 Istituti scolastici su 46 sono stati coinvolti in attività di promozione della salute (62%). Trasmesso report di attività alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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	Risultato atteso: 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. Evidenza dei livelli di coordinamento assicurati
Attuazione al 31.12.2016: Invio comunicazione a tutte le scuole sui progetti promossi dall'AAS5 intesa come attività di coordinamento. Steso un protocollo intesa marzo 2016, tra AAS 5 e Ufficio Scolastico Provinciale. Contatti con l'ufficio scolastico regionale per la costituzione del tavolo regionale dedicato alle problematiche salute e sicurezza del lavoro nella scuola.	

Anche gli ambienti di lavoro hanno garantito come tutti gli anni la loro presenza presso gli istituti tecnici e geometri.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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	Risultato atteso: Evidenza del modello organizzativo adottato
Attuazione al 31.12.2016: Creazione di una Check list e Flow Chart dell'AAS 5 condiviso dal tavolo aziendale "adolescenza", costruiti sull'esempio del progetto What's Up.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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)
Attuazione al 31.12.2016: Il 13 dicembre 2016 è stato realizzato un incontro con tutti i dirigenti scolastici del territorio aziendale per la presentazione di "Scuole che promuovono salute" e la condivisione di criteri di minima per l'individuazione precoce del disagio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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: Realizzazione di un corso di formazione rivolto a MMG, PLS, medici ospedalieri
Attuazione al 31.12.2016: Si è svolto il corso di formazione a valenza Regionale in data 24.09.2016 per MMG, PLS, medici ospedalieri.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale: Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella	Risultato atteso: Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
---	---

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.)	
Attuazione al 31.12.2016: Progetto AFA partito nel Distretto di Sacile nel mese di Aprile 2016. Corso di formazione il 23.06.2016 "Il progetto AFA" a San Vito al Tagliamento. Formazione conduttori gruppi di cammino anno 2016 presso il Comune di Pasiano di Pordenone.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Progetto AFA disponibile nel sito Aziendale. Gruppi di cammino disponibili nel sito Aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale: 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: Evidenza della mappatura (lista di enti, iniziative con persona di riferimento e contatti) da trasmettere alla DCS
Attuazione al 31.12.2016: Non vi sono state attività in provincia e non sono stati individuati stake-holders.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.2.8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale: Evidenza delle attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma "prevenzione degli incidenti domestici".	Risultato atteso: Evidenza del report sulle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la partecipazione al gruppo regionale. Produzione da parte della referente regionale del report congiunto delle attività, con riferimento agli obiettivi previsti dal PRP.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 almeno un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
Attuazione al 31.12.2016: - Costituzione del gruppo di lavoro aziendale tra Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento delle Dipendenze, Servizio Farmaceutico, Direzione Sanitaria al fine di condividere la formazione in programma per il 2016. - Il primo evento formativo rivolto al personale ADI si è svolto nelle date 9 e 10 giugno 2016 a Sacile (20 operatori formati) - Il secondo evento si è svolto nei giorni 20 e 21 settembre 2016 a Pordenone ed ha coinvolto 30 operatori (infermieri, fisioterapisti dei servizi ADI e degli Ambiti)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Tutti i Pronto soccorso: 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
In tutti i pronto soccorso aziendali è in uso il SEI che consente la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016: Sono state adottate le procedure operative relative alla tenuta dei documenti in cantiere già condivise nel Ufficio Operativo regionale (poi pubblicata sul sito della regione FVG) e sono state divulgate ai portatori di interessi le indicazioni condivise per l'applicazione della L.R. 24/2015 (accompagnata da apposita divulgazione sul sito della regione FVG). Nel contempo si è partecipato alle attività del Gruppo regionale edilizia (GRE), che ha condiviso le azioni previste. Si è tenuta inoltre una specifica riunione con i Comitati Paritetici Territoriali della provincia di Udine Trieste e Gorizia sulla interpretazione dell'Accordo Stato Regione sulla formazione in edilizia. Sono state dati vari riscontri a vari portatori di interesse su come applicare la L.R.24/2015 ampiamente documentati dai verbali del GRE.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: SPSAL: Partecipare alla elaborazione	Risultato atteso: Report congiunto di attività alla DCS

collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	
Attuazione al 31.12.2016: Sono stati organizzati da parte di ASUIUD, referente del Gruppo regionale Agricoltura (GRA) i corsi di formazione "Luoghi di lavoro in un'azienda agricola: flussi di lavoro, rischi specifici e datori da controllare" e "La gestione del rischio nel comparto zootecnico: mansioni lavorative, rischi associati allo svolgimento di tali mansioni e corretta gestione dei rischi" per condividere con gli operatori SPSAL le procedure sottese. Il GRA in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Agrarie dell'Università di Udine hanno elaborato il "protocollo operativo per l'attività di vigilanza nel comparto dell'agricoltura" presentato ai portatori di interesse il 05.12.2016 a Palmanova. In tale occasione sono stati presentati protocolli per la vigilanza sulle macchine agricole e sulle officine Agro Meccaniche.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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	Risultato atteso: Proposta di linee guida regionali
Attuazione al 31.12.2016: Sono stati realizzati più incontri che si sono conclusi con la stesura di una linea guida. La bozza è stata inviata all'Istituto Superiore di Sanità per eventuali osservazioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Risultato atteso: - Almeno 8 auditor ufficiali formati - 10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)
Attuazione al 31.12.2016: Sono 8 gli Auditor formati tra SIAN e veterinari. I 10 audit sono stati realizzati congiuntamente tra SIAN e VET.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: L'Azienda si rende disponibile a realizzare il corso anche a valenza regionale.
Attuazione al 31.12.2016: Visto l'impegno richiesto, gli atti aziendali in itinere e tenuto conto che EUPRAGMA di Udine è in grado di iniziare il corso solo a partire dal mese di settembre 2017, è stato concordato tra i Direttori di Dipartimento di Prevenzione delle AAS regionali di attivare il corso nel 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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: OBIETTIVO STRALCIATO (DGR 2549/2016)
Attuazione al 31.12.2016: OBIETTIVO STRALCIATO	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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
Attuazione al 31.12.2016: La lista è stata realizzata pubblicata sul sito regionale ed aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 in base ai criteri individuati dal Gruppo Regionale Agricoltura. Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in atto negli ultimi 5 anni – (pag 85) Trasmissione report di attività alla DCS
Attuazione al 31.12.2016: Sono state vigilate 666 aziende superando quindi il 5% delle aziende del territorio (630 ndr) Nel contempo sono stati raggiunti gli obiettivi relativi al 5% delle rivendite di macchine agricole e il 10 % degli allevamenti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Realizzare almeno un incontro informativo/formativo 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
Attuazione al 31.12.2016:	

Il GRA in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Agrarie dell'Università di Udine hanno elaborato il "protocollo operativo per l'attività di vigilanza nel comparto dell'agricoltura" presentato ai portatori di interesse il 05.12.2016 a Palmanova.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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:

2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione

Attuazione al 31.12.2016:

L'attività di sensibilizzazione nei confronti dei Medici Ospedalieri si è realizzata in due incontri con la Direzione sanitaria e i dirigenti delle principali strutture interessate.

Nei giorni 8, 21, 27 ottobre e il giorno 3 dicembre sono state realizzate in modo coordinato 4 eventi formativi accreditati ECM di cui il primo in provincia di Pordenone.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:

Realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale

Risultato atteso:

Evidenza report di attività alla DCS

Attuazione al 31.12.2016:

La valutazione è stata conclusa e il report è stato spedito in regione con nota 86184 del 30/12/2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:

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.

Risultato atteso:

Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale
Adozione di regolamento regionale sul fumo
Istituzione del registro aziendale degli accertatori
Offerta di percorsi per smettere di fumare

Il percorso di formazione dei medici competenti della provincia si è concluso nel novembre 2016.

Il regolamento regionale Fumo è stato adottato.

Con decreto del DG n. 310 il 31.05.2015 è stato adottato il "Regolamento del divieto di fumo nell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

E' stato istituito il registro aziendale degli accertatori.

L'offerta di percorsi per smettere di fumare viene mantenuta con l'ambulatorio fumo del Dipartimento delle Dipendenze.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza del corso di formazione realizzato</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Corsi di formazione realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12.11.2015 il corso di formazione "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counselling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro in Friuli Venezia Giulia" rivolto ai medici competenti e al personale sanitario che si occupa del benessere nei luoghi di lavoro. - 15.12.2015 il corso di formazione "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counselling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei servizi sanitari che promuovono salute in Friuli Venezia Giulia" rivolto agli operatori sanitari. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Report alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: I direttori di dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie regionali non hanno concordato gli indicatori.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Alimentare le banche dati INFORMO e MALPROF e coordinarsi per la stesura di un report regionale</p>	<p>Risultato atteso: Alimentazione strutturata delle basi dati INFORMO e MALPROF (se reso operativo) Report congiunto di attività inviato alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: L'attività di implementazione di Infor.mo è stata regolare. Il referente del gruppo regionale ha redatto apposito report. Per Mal.Prof. analogamente si è raggiunto l'obiettivo ed è stato prodotto un report trasmesso in regione con nota prot. 85419 del 28.12.2016.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Dati inviati alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Un report trasmesso in DCS regionale con nota n. prot. 6067 del 29.01.2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database</p>	<p>Risultato atteso: Il 25% delle verifiche effettuate da ogni azienda è inserito a data base</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: L'Inail non mette a disposizione nessun sistema di archiviazione come era previsto inizialmente da comunicazioni dei responsabili SCAL regionali. Alla DCS è stata più volte richiesta la dotazione software dove poter inserire i dati potendo implementare l'attuale programma Me.La.. Al 31.12.2016 la regione non dispone di alcun sistema applicativo e pertanto il sistema di monitoraggio delle verifiche periodiche avviene su foglio excel senza condivisione dei campi con le altre aziende sanitarie regionali. Tuttavia il numero totale diviso per classi delle verifiche periodiche effettuate è presente in AAS 5 Ufficio Verifiche Periodiche.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale: 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</p>	<p>Risultato atteso: 100% delle anagrafiche inserite</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Il programma è stato effettuato al 100% come da accordi con la DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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)

<p>Obiettivo aziendale: 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</p>	<p>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.</p>
---	--

operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.	
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' stata garantita la presenza nel "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali".</p> <p>Le criticità relative alle acque destinate al consumo umano sono state oggetto di diversi incontri finalizzati a realizzare due incontri a Pordenone con gli enti gestori e amministratori interessati dal problema.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Evidenza della partecipazione al tavolo tecnico VIS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Si è partecipato agli incontri del 14 settembre 2016 e 28 settembre 2016.</p> <p>Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ha proposto che l'azienda capo fila per questa linea di lavoro sia l'AAS n. 5 "Friuli Occidentale".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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 in collaborazione con ARPA iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>L'Azienda si propone quale livello di coordinamento regionale anche per la realizzazione con ARPA di evento formativo per progettisti e uno per operatori.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>La regione ha dato mandato all'AAS n. 2 il compito della realizzazione del corso.</p> <p>Al corso hanno partecipato anche operatori dell'AAS n. 5 "Friuli Occidentale".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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, di</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza della realizzazione di almeno 1 controllo</p>

almeno 1.	
Attuazione al 31.12.2016: Attività realizzata al 100%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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	Risultato atteso: Collaborazione alla realizzazione dell'evento formativo coordinato dal gruppo regionale su fitofarmaci e sui cosmetici
Attuazione al 31.12.2016: Attività realizzata al 100%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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.	Risultato atteso: Assolvimento del debito informativo per: - schede ReNaM trasmesse (registro mesotelioma) - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS.
Attuazione al 31.12.2016: Dei dieci mesoteliomi pervenuti entro nel 2016, sei sono stati esaminati secondo metodologia ISPESL (questionario) e trasmessi all'attenzione del ReNaM (COR di Trieste). Quattro sono stati invece sono stati trasferiti alla struttura territorialmente competente di altri territori. I dati sono trasmessi da parte della DCS al CRUA.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	Risultato atteso: - Partecipazione alle attività formative con 2 operatori. - Report alla DCS con numero di operatori formati
Attuazione al 31.12.2016: A dicembre 2016 due operatori del Dipartimento di Prevenzione hanno regolarmente partecipato al corso di formazione organizzato dal Burlo Garofalo. Il report alla DCS è stato inviato dall'ente che ha organizzato l'attività.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

<p>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).</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della attività formativa</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Corso svoltosi a Udine nelle giornate dell'11 ottobre e 4 novembre (hanno partecipato 12 operatori del Dipartimento di Prevenzione, 1 operatore Sorveglianza Sanitaria Ospedale di Pordenone)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Risultato atteso: Definizione del modello organizzativo aziendale tra Dipartimento di Prevenzione e Direzioni Mediche ospedaliere</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: I percorsi sono stati condivisi e definiti tra ospedale-territorio, produzione di una flow chart.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.</p>	<p>Risultato atteso: Sul sito internet aziendale sono già disponibili le informazioni per il test HIV.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Le informazioni sono già presenti nel sito aziendale e durante il 2016 sono stati effettuati 101 test HIV in forma anonima e gratuita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: 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.</p>	<p>Risultato atteso: - 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</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: I referenti stanno partecipando ai gruppi regionali.</p>	

Le categorie a rischio per patologia vaccinate con anti-influenzale durante la campagna 2016/17 sono state il 13%; si prosegue nell'attività di rilevazione delle reazioni avverse.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Risultato atteso: Trasmissione dei dati alla DCS degli indicatori regionali monitorati
Attuazione al 31.12.2016: L'attività viene svolta regolarmente (incontri mensili). Il Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con Direzione Medica Ospedaliera- Ufficio Controllo Infezioni, ha prodotto una scheda che ripercorre le modalità di notifica malattia infettiva ai sensi del D.M. 15/12/1990. I dati degli indicatori regionali monitorati sono stati trasmessi semestralmente alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	Risultato atteso: OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
Attuazione al 31.12.2016: OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale: Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Risultato atteso: OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
Attuazione al 31.12.2016: OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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 formativo realizzato
Attuazione al 31.12.2016: Il corso è stato realizzato 11.11.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 della partecipazione ai lavori di predisposizione delle Linee Guida. - adozione formale delle linee guida regionali
Attuazione al 31.12.2016: La regione ha formulato le linee guida nel corso del 2016, nessun operatore dalla AAS5 ha partecipato perché non coinvolto. Rimane la disponibilità a partecipare.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la partecipazione dei referenti alla realizzazione del piano.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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: Evidenza dell'invio di report
Attuazione al 31.12.2016: Trasmessi dati da UFMI alla DCS fino al 31.08.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: E' stato realizzato un evento a giugno 2016 presso l'ASUIUD. All'evento hanno partecipato tatuatori, estetisti, piercers provenienti da tutta la regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Risultato atteso: Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Attuazione al 31.12.2016:	

Eseguite 4 edizioni di un corso sull'Antimicrobial stewardship con formazione di 92 medici prescrittori.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016: Nello svolgimento del corso di Antimicrobial stewardship una relazione è stata eseguita dalla Microbiologia con l'illustrazione delle resistenze batteriche riscontrate all'interno dell'AAS5. A questo va aggiunta la condivisione dei dati con i direttori e le coordinatrici infermieristiche avvenuta a metà anno in due riunioni una svoltasi a Pordenone, l'altra a S. Vito.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 - Individuazione referente - Adozione formale del piano
Attuazione al 31.12.2016: Decreto del Direttore Generale n. 491 del 20.09.2016 costituisce il Gruppo aziendale per la promozione dell'allattamento al seno. E' stato individuato il referente aziendale. Adozione e attuazione del piano.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF	Risultato atteso: Evidenza del report di autovalutazione
Attuazione al 31.12.2016: Attività conclusa presso i punti di nascita di Pordenone e San Vito al Tagliamento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida	Risultato atteso: Collaborare alla realizzazione del censimento.

regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	
Attuazione al 31.12.2016: E' stata garantita la collaborazione già in essere a livello regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: Dati inseriti o in subordinate report alla DRS
Attuazione al 31.12.2016: Nel 2016 sono stati effettuati 264 controlli in esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva. La percentuale di verifiche nel periodo gen-dic 2016 sulla presenza del sale iodato è stata del 56% nelle suddette imprese. L'obiettivo del 70% non è stato quindi raggiunto perché la comunicazione dell'obiettivo da parte della regione è stata data solo nel mese di aprile quando già 112 attività erano state oggetto di verifica ufficiale. Pertanto il dato nel periodo maggio-dicembre è del 97%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011 (etichettatura prodotti alimentari)	Risultato atteso: Evento realizzato
Attuazione al 31.12.2016: Non è stata individuata nessuna azienda referente per la realizzazione dell'evento formativo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.17 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Risultato atteso: Collaborare con il livello regionale per la definizione degli obiettivi di attività di rilevanza aziendale del Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare.
Attuazione al 31.12.2016: La struttura complessa Igiene Alimenti di Origine animale e il SIAN hanno effettuato al 100% le attività previste dal Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare (Prot. Direzione Regionale Salute 7920 dd. 03.05.2016).	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</p>	<p>Risultato atteso: Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Obiettivo raggiunto: controlli anagrafe su bovini previsti 30 effettuati 37, su ovicaprini previsti 10 effettuati 11, su suini previsti 3 effettuati 5. Per quanto riguarda i controlli condizionalità per Benessere animale, Sicurezza Alimentare e Farmaco raggiunto il 100%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2015</p>	<p>Risultato atteso: In attesa delle indicazioni del PRISAN sono programmate le seguenti attività (SIAN e VET. Origine Animale):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: La struttura complessa Igiene Alimenti di Origine animale ha effettuato al 100% le attività previste dal Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare (Prot. Direzione Regionale Salute 7920 dd. 03.05.2016). DATI al 31.12.2016: interventi ispettivi: effettuati 711 audit per settore: effettuati 5 SIAN e 26 dai veterinari valutazioni del rischio programmate risultato superiore al 300 richiesto in quanto viene effettuata una valutazione ogni ispezione quindi 711 i controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN effettuati come da Accordo Conferenza Stato Regioni sono stati 17</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza delle attività di informazione/formazione</p>

Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Evidenza di una relazione finale sulle attività realizzate
Attuazione al 31.12.2016: Attività svolta al 100%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 in coerenza a quanto previsto dal decreto ministeriale in fase di promulgazione (al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie).
Attuazione al 31.12.2016: Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: inviata lettera agli allevatori e iniziati i primi controlli	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	Risultato atteso: n. 72 allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione al 31.12.2016: Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: aziende controllate: previste 72 controllate 80 (durante l'anno la Regione ha ampliato il numero di aziende da controllare).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Risultato atteso: Realizzazione delle attività di controllo in coerenza con le Linee Guida in corso di definizione (anno 2015 circa 100 interventi di controllo effettuati).
Attuazione al 31.12.2016: Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Risultato atteso: Mantenimento della attività aziendale per il 3% dei controlli su base Regionale (come da LEA).
Attuazione al 31.12.2016: Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: aziende da controllare 10, controllate 11.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>Obiettivo aziendale: Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.</p>	<p>Risultato atteso: Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: strutture da controllare 4, controllate 4.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Attuazione del Piano aziendale dell'assistenza primaria</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con decreto del Direttore Generale n. 357 del 23 giugno 2016 sono state costituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale (AFT), individuate secondo i criteri previsti dalla DGR 39/2016. In particolare, sono state identificate ed autorizzate 12 AFT, rispettivamente due AFT per ciascuno dei distretti Nord (Distretto delle Dolomiti e Valli friulane), Est (Distretto del Tagliamento) ed Ovest (Distretto del Livenza) e tre AFT per i distretti Sud (Distretto del Sile) e Urbano (Distretto del Noncello). Inoltre sono state concordate e realizzate le attività previste per il 2016 dall'AIR. - Con decreto del direttore generale n. 750 del 30 dicembre 2016 è stata effettuata la ricognizione dei Centri di Assistenza Primaria della Provincia di Pordenone. A fine 2016 sono operativi 2 CAP (1 a Cordenons ed 1 a San Vito al Tagliamento). 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.1 /bis Sviluppo dell'assistenza primaria – partecipazione dei cittadini	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Avviare in maniera strutturata le forme di partecipazione dei cittadini</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Istituire il comitato di partecipazione aziendale entro il 30 giugno 2016 2. Realizzare almeno due incontri con la cittadinanza in ciascun distretto
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Con decreto n. 632 del 23/11/2016 è stato costituito il comitato aziendale di partecipazione, informazione e coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura.</p> <p>Sono stati realizzati almeno due incontri con la cittadinanza in ciascun distretto.</p> <p>In particolare,</p> <ul style="list-style-type: none"> • nel distretto est: <ul style="list-style-type: none"> - un incontro, aperto alla cittadinanza del distretto est in data 21.3.2016 dal titolo :“Uno stile di vita sano: vivere meglio si può o si deve?” (presso la sede pubblica del Centro sociale anziani di San Vito al Tagliamento); - un incontro Pubblico (Assemblea –dibattito), in data 20.10.2016 “La Nuova sanità. Miglioriamo lo stato di salute dei Servizi sanitari Pubblici Territoriali” (Sala Consiliare Municipio San Vito al Tagliamento). 	

<ul style="list-style-type: none"> • nel distretto sud: <ul style="list-style-type: none"> - 4 maggio 2016 ad Azzano X; - 28 ottobre 2016 a Tiezzo di Azzano X. • nel distretto urbano: <p>Sono stati effettuati 2 incontri aperti al pubblico con l'associazione familiari diabetici (13 marzo e 9 luglio), un incontro con volontari dell'associazione Casa del Volontariato che raccoglie le associazioni che si occupano della salute mentale (14 marzo), un incontro con associazione ciechi (16 aprile), un incontro con famiglie di pazienti affetti da demenza Alzheimer aderenti all'associazione (8 giugno).</p> <p>E' stato svolto un incontro con i cittadini in collaborazione con il sindacato CGIL-SPI per il 18 ottobre 2016 sull'offerta di servizi distrettuali e aziendali e un incontro con i cittadini il 22 ottobre in collaborazione con l'associazione Dimagrire Insieme e OSF per promuovere gli stili di vita salutari in particolare riguardo alimentazione e attività fisica.</p> • nel distretto nord: <ul style="list-style-type: none"> - 19 maggio 2016 a Castelnovo del Friuli e il 26 maggio 2016 a Vito d'Asio, due incontri con il tema: "Investiamo in salute – chi è responsabile della nostra salute?"; - 13 ottobre 2016 (Maniago Lestans): incontro di popolazione organizzato da SPI-CGIL. Tematiche: bisogni di salute, organizzazione dei servizi, criticità evidenziate dagli utenti, programmi sanitari. • nel distretto ovest: <ul style="list-style-type: none"> - 12 gennaio incontro con popolazione presso casa di riposo Sacile; - 11 luglio incontro con popolazione presso comune di Fontanafredda; - 24 ottobre incontro pubblico Sacile. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

Accreditamento	
<p>Obiettivo aziendale: Programma regionale di accreditamento</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>I valutatori sono stati messi a disposizione in coerenza alle indicazioni regionali.</p> <p>Si è assicurata la presenza agli incontri regionali.</p> <p>Le attività di accreditamento sono state completate.</p>	

E' stato definito un programma di interventi di adeguamento secondo quanto indicato dai valutatori regionali con la messa in opera delle azioni correttive specifiche per le aree individuate.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Odontoiatria sociale	
Obiettivo aziendale: Odontoiatria sociale	Risultato atteso: Mantenimento dell'attività nei diversi setting (distretto, strutture protette, ospedale).
<p>Attuazione al 31.12.2016: Le attività sono assicurate. Dal 1 gennaio 2016 al 31 dicembre 2016 l'attività odontostomatologica ospedaliera per pazienti disabili è stata la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> visite presso Day Surgery di Sacile: 42 pazienti interventi chirurgici presso il Day Surgery di Sacile: 4 pazienti interventi chirurgici presso il Blocco Operatorio di Pordenone: 20 pazienti. <p>E' attivo un ambulatorio odontoiatrico per screening e la cura dei disabili gravi presso la sede distrettuale di Porcia (nel 2016 presi incarico n. 15 disabili gravi).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Cure palliative	
Obiettivo aziendale: Reti per le cure palliative	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Attuazione al 31.12.2016: E' stato proposto un nuovo modello organizzativo da rivedere e implementare dopo l'attuazione del Piano Aziendale e l'avvio della Struttura Semplice Dipartimentale "Rete di cure palliative e Hospice" (con decreto n. 688 del 14.12.2016 è stato approvato il profilo di ruolo dell'incarico di Responsabile della S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice" afferente al Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale; è stata avviata la selezione interna per il conferimento del relativo incarico e con decreto n. 117 del 15.02.2017 è stato affidato l'incarico di Responsabile della S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice"). E' stata assicurata la partecipazione a tutti gli incontri regionali organizzati (22.6.2016, 17.10.2016) Nel 2016 i pazienti in carico sono stati 526 con 2933 visite effettuate.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Salute mentale	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>1. Contenimento della fuga extraregionale per l'utilizzo delle risorse residenziali</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Mantenimento della spesa complessiva per tutte le comunità terapeutiche extra regione ai valori 2015 (DSM–Dip. Dipendenze–Minori =1.500.000 euro).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>L'obiettivo del mantenimento della spesa complessiva per tutte le comunità terapeutiche extra regione è stato raggiunto.</p> <p>Sono presenti strumenti di monitoraggio della spesa che prevedono il raccordo costante tra DSM/Neuropsichiatria Infantile e Dipartimento delle Dipendenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>2. Rivedere l'organizzazione della rete della riabilitazione psichiatrica aziendale in co-progettazione con la cooperazione sociale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Incrementare il numero degli educatori professionali nelle strutture riabilitative.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>È stato acquisito ed è operativo da luglio un operatore tecnico della riabilitazione psicosociale alla SOC "CSM 24h area dolomiti friulane".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>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)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Avvio delle attività di accoglienza per adolescenti con problemi in fase acuta e/o in stato di crisi.</p> <p>Attivare forme di coordinamento con l'Associazione "Nostra Famiglia" e la "Fondazione Bambini e Autismo" entro maggio 2016.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>È stato realizzato un evento formativo sulla gestione delle problematiche dell'adolescenza ed in particolare sulla realizzazione di un Centro Diurno con il gruppo Il Minotauro in data 12 dicembre, che ha visto la numerosa partecipazione di operatori del DSM, della NPI, Dipartimento delle Dipendenze e Consultorio.</p> <p>Sono stati realizzati numerosi interventi informali soprattutto con la Fondazione Bambini e Autismo, ed è stato sottoscritto un protocollo per la gestione delle emergenze psichiatriche/comportamentali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>4. Ridefinire obiettivi e riorganizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Definire entro giugno 2016 l'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento</p>

alimentare	alimentare
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Il giorno 4 ottobre si è tenuto un incontro promosso dalla Direzione Generale, al quale hanno partecipato rappresentanti del DSM e CDA, delle pediatrie, della Neuropsichiatria Infantile, del Dipartimento delle Dipendenze e del Coordinamento sociosanitario, nel corso del quale è stato dato incarico per la stesura di un progetto riorganizzativo del CDA, che tenesse in debito conto le problematiche emerse. Tale progetto è stato redatto e presentato al Direttore Generale ed inserito nei progetti aziendali nel PAL 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>5. sistema informativo della salute mentale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Collaborazione con la DCS per il sistema informativo della salute mentale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Nessuna indicazione regionale pervenuta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>6. Avviare il programma "Pordenone libera da contenzione"</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>In data 30 maggio 2016 si è svolto un seminario dal titolo "PROMOTORI DI MODELLI ASSISTENZIALI LIBERI DA PRATICHE DI CONTENZIONE MECCANICA, FARMACOLOGICA ED AMBIENTALE" presso la Sala Consiliare della Provincia di Pordenone.</p> <p>In data 15.12.2015, negli ospedali dell'AAS5, nel corso dell'indagine di prevalenza per lesioni da pressione è stata rilevata anche la presenza dei mezzi di contenzione con il risultato che nel 18,8% dei pazienti (89 pazienti su 473) sono presenti mezzi di contenzione fisica (di cui il 94,4% casi ha un letto con 2 spondine sollevate).</p> <p>Inoltre, nel corso dell'analisi delle segnalazioni delle cadute dei pazienti viene analizzato anche l'uso dei mezzi contenzione, nell'anno 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in ospedale nel 23% dei pazienti caduti, pari a 101 su 439, sono presenti mezzi di contenzione fisica - in RSA su 168 segnalazioni di cadute circa nel 30% dei pazienti sono presenti mezzi di contenzione fisica. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>7. diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Collaborazione con la DCS per la diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS.</p>

Attuazione al 31.12.2016:

Nel corso dell'anno non sono pervenute indicazioni regionali per la diffusione e applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

Dipendenze

Obiettivo aziendale:

Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.

Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.

Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.

Risultato atteso:

1. Evidenza della partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni.
2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
3. Evidenza della partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
4. Partecipazione alle attività regionali per l'individuazione di almeno 3 indicatori di outcome.

Attuazione al 31.12.2016:

1. Il tavolo che vede il confronto da parte dei direttori di dipartimento sugli strumenti terapeutico riabilitativi si mantiene costante a cadenza mensile, mentre quello che vede il confronto sugli strumenti di reinserimento sociale è stato attivato in data 4 luglio 2016 con la condivisione da parte degli operatori e dei Direttori Dipartimento Dipendenze delle prassi operative in atto. La partecipazione è stata dell'80% (il responsabile del servizio non ha potuto partecipare a due incontri su dieci).

2. Si mantiene costante l'inserimento dei dati necessari all'Osservatorio e al flusso per il Ministero della Salute.

3. Le assistenti sociali del servizio hanno partecipato a tutti gli incontri.

4. E' stata trasmessa alla direzione centrale salute la relazione sui seguenti indicatori:

- indicatore 1: Monitoraggio a 6 mesi del trattamento dei tabagisti;
- indicatore 2: Monitoraggio drop-out (intera utenza);
- indicatore 3: (eventi sentinella) Monitoraggio decessi per suicidio o overdose.

I tre indicatori sono stati identificati e concordati a livello regionale in accordo con tutti i responsabili regionali dei servizi per le dipendenze e condivisi con le equipe.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sanità Penitenziaria

Obiettivo aziendale:

Sanità Penitenziaria

Risultato atteso:

1. Evidenza al 30 giugno 2016 del Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con la Direzione dell'istituto penitenziario, in

	<p>coerenza con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale.</p> <p>2. Partecipazione a gruppi di lavoro, individuati nell'ambito dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria.</p> <p>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» .</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>1. È stato deliberato e sottoscritto il Protocollo operativo locale (Decreto n. 377 del 29.06.2016).</p> <p>2. È stata garantita la partecipazione a gruppi di lavoro, individuati nell'ambito dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria.</p> <p>3. Si attende da parte della regione la definizione del gruppo tecnico dedicato (il gruppo è stato costituito a febbraio 2017).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Ospedali Psichiatrici Giudiziari	
<p>Obiettivo aziendale: REMS di Maniago</p>	<p>Risultato atteso: Mantenimento dell'attività.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Prosegue l'attività della REMS di Maniago con la presenza del medico al quale è stato dato l'incarico di seguirne e coordinarne in loco le attività.</p> <p>È stato consegnato in Direzione Centrale il progetto "nuova REMS/ CSM 24h di Maniago"</p> <p>Il 3 novembre si è tenuta la visita del Senatore Corleone, commissario nazionale per le REMS e monitoraggio riforma 81/14.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Riabilitazione	
<p>Obiettivo aziendale: Riabilitazione: progressiva applicazione degli standard previsti dalla DGR 2673/2014</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. Individuazione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale attivabili nel 2016</p> <p>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</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p>	

1. Attivi al 31.12.16 n.15 posti letto presso l'ospedale di Pordenone e n. 4 posti letto ordinari presso l'ospedale di Spilimbergo.
2. Inviata alla Direzione aziendale una proposta di revisione degli standard del personale di riabilitazione impiegato nei servizi territoriali. Sono stati nominati i referenti aziendali nel tavolo di lavoro regionale sulle dotazioni organiche costituito dalla Direzione Regionale con nota n. 11051 del 28.06.2016

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Attuare la revisione qualitativa delle RSA rispetto agli standard della DGR 2151/2015	Risultato atteso: 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

Attuazione al 31.12.2016:

E' stata aggiudicata la gara per la gestione esternalizzata di tre delle RSA aziendali. Il capitolato d'appalto ha parzialmente recepito gli standard della DGR di riferimento.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Avviare la Struttura intermedia polifunzionale (SIP) di Sacile	Risultato atteso: 4. Evidenza dell'attivazione entro 60 giorni dall'approvazione della proposta riorganizzativa da parte della DCS

Attuazione al 31.12.2016:

Con decreto del Direttore Generale n. 228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP) di Sacile.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Avviare la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile	Risultato atteso: 5. Entro giugno 2016 è avviata in via sperimentale la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile

Attuazione al 31.12.2016:

L'attività di riabilitazione cardio-pneumologica è stata avviata in forma ambulatoriale da febbraio 2016.

Sono in corso le azioni propedeutiche all'acquisizione di personale formato da impiegare nell'attività tramite avviso pubblico (realizzato a marzo 2017).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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

Attuazione al 31.12.2016:

Sono state avviate in tutti i distretti le equipe multidisciplinari per l'handicap (EMDH) per la

rivalutazione sanitaria di tutti gli utenti inseriti in centri residenziali e semiresidenziali per disabili.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: 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	Risultato atteso: 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.
Attuazione al 31.12.2016: Il Piano regionale della Riabilitazione non risulta ancora adottato e nel corso del 2016 non si sono tenute riunioni del gruppo tecnico regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	NEL CORSO DEL 2016 NON SI SONO TENUTE RIUNIONI DEL GRUPPO TECNICO REGIONALE
Obiettivo aziendale: Gravi cerebro-lesioni acquisite	Risultato atteso: 8. Stesura di un piano di fattibilità per l'attivazione di posti letto dedicati alla riabilitazione estensiva nella rete delle residenze intermedie.
Attuazione al 31.12.2016: Nessuna attività è stata intrapresa nel 2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	NESSUNA ATTIVITÀ INTRAPRESA NEL 2016
Obiettivo aziendale: Valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare	Risultato atteso: 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.
Obiettivo è legato all'adozione del Piano regionale della Riabilitazione. Alcuni aspetti relativi agli strumenti di valutazione sono stati affrontati nell'ambito dell'applicazione del PDTA Ictus.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	NESSUNA ATTIVITÀ INTRAPRESA NEL 2016

Percorso nascita	
Obiettivo aziendale: Percorso nascita	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della partecipazione alle attività regionali - predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non - temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani di formazione - implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso >2500 grammi - Attivazione guardia pediatrica h. 24 presso l'ospedale di San Vito
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assicurata presenza ai tavoli regionali come da convocazione dal SSR. - Presenza e applicazione del protocollo per parto analgesia condiviso con gli anestesisti (adozione protocollo giugno 2016) <p>Nell'anno 2016, abbiamo avviato, come da piano formativo i seguenti eventi::</p> <ul style="list-style-type: none"> - 31 Marzo, Convegno SIN a Pordenone <p>"Continuità e confronto in campo Perinatologico"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rianimazione Neonatale, 2 edizione - Corso 20 ore Promozione e sostegno Allattamento al seno, per personale dedicato al punto nascita, 2 edizioni - Refresh allattamento al seno, 1 giornata, 2 edizioni - Informazione a tutti i neo assunti dell'AAS5 della certificazione dei 2 P.Nascita "Ospedale Amico del Bambino e della politica del BFH - Corso di formazione sul lutto in gravidanza e dopo la nascita: la cura della donna, della coppia e della famiglia, 1 edizione - Si è in attesa di indicazioni regionali per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso >2500 grammi. - Presso il punto nascita di San Vito è presente il pediatra sulle 24 ore. In attesa del completamento dell'organico la presenza è garantita con tutte le forme previste dai contratti di lavoro. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>LA GUARDIA ATTIVA H24 NON È ATTIVATA NEL PUNTO NASCITA DI SAN VITO AL TAGLIAMENTO</p>

Diabete	
Obiettivo aziendale: Applicazione del piano regionale diabete	<p>Risultato atteso:</p> <p>Mantenimento delle attività in coerenza alle</p>

	indicazioni regionali
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>L'attività viene mantenuta. E' assicurata la partecipazione ai tavoli tecnici regionali (in particolare al Tavolo di lavoro sul diabete e Tavolo di lavoro su Diabete e Territorio).</p> <p>Ad ottobre 2016 partecipazione del personale della Diabetologia di Pordenone e Sacile (2 diabetologi, 3 Infermiere professionali e una dietista) a 2 eventi che hanno formato un gruppo di formatori che hanno poi partecipato come tutor all'evento formativo con i MMG svoltosi il 30.3.2017 presso il Villaggio del Fanciullo. Scopo dell'evento è stato quello di condividere con i MMG dell'AAS5 i percorsi per l'avvio dell'Assistenza Integrata ai pazienti affetti da DMT2 secondo le indicazioni emanata dalla Regione FVG.</p> <p>Parallelamente a Dicembre 2016 è stato avviato un tavolo di lavoro con i MMG del Distretto Urbano per condividere un percorso di assistenza integrata ai pazienti affetti da DMT2 del Distretto Urbano. Obiettivo la condivisione di un PDTA che verrà poi condiviso con i MMG dei Distretti dell'AAS5.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Avvio dell'attività del retinografo presso il Distretto di San Vito</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Entro marzo 2016 è avviata l'attività del retinografo presso l'ambulatorio diabetologico/oculistico</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Prosegue l'attività di screening per la retinopatia diabetica mediante l'utilizzo di retinografo. Gli appuntamenti vengono gestiti dal poliambulatorio del distretto di San Vito al Tagliamento. L'esame viene refertato dagli oculisti dell'UO di Oculistica di Pordenone.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Autismo	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Autismo</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Partecipazione agli incontri regionali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' assicurata la partecipazione agli incontri regionali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Consultori familiari	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Consultori familiari:</p> <p>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</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Collaborazione alla ricognizione dell'assetto organizzativo</p>

livello regionale	
Attuazione al 31.12.2016: La ricognizione dell'assetto organizzativo è stata effettuata nel 2015 e correttamente comunicata alla DCS. Nel corso del 2016 non sono pervenute ulteriori richieste e indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NEL CORSO DEL 2016 NON SONO STATE DATE INDICAZIONI REGIONALI

Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale	
Obiettivo aziendale: Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	Risultato atteso: - Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare. - 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 - Individuazione di referenti per l'attività e/o attivazione modalità di collaborazione inter aziendale nel settore.
Attuazione al 31.12.2016: È garantita la partecipazione alla commissione regionale per l'autorizzazione dei ricoveri all'estero.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
<p>Obiettivo aziendale: Cuore</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. Indicatori bersaglio 2016: <u>Cuore</u>: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni = 192 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Obiettivo aziendale: Rene</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). 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)
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale; il percorso per la malattia renale cronica e quello per i trapianti sono stati conclusi. 2. Dati al 31/12/2016: Pazienti in dialisi peritoneale 38 Pazienti in emodialisi 172 Pazienti trapiantati 176 Totale pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale 386. % pazienti in dialisi = 44,6% 2. Il potenziamento del programma "trapianti di rene" con riduzione dei tempi di immissione in 	

<p>lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati eligibili a trapianto entro 6 mesi dall'inizio della dialisi) è in attuazione. Il progetto è stato attivato utilizzando l'istituto del day-hospital in attesa dell'attivazione di un percorso preferenziale per effettuare in tempi brevi tutte le indagini previste.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Fegato</p>	<p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale: Pancreas</p>	<p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. Indicatori bersaglio 2016: <u>Pancreas</u>: tasso di amputazione maggiori per diabete per milioni di residenti = 55,35</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Polmone</p>	<p>Risultato atteso: 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. 2. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per BPCO (valore di riferimento anno 2014 =33,84)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016: 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. Indicatori bersaglio 2016: <u>Polmone</u>: tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100000 residenti di 50-74 anni = 51,02</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4.2. Emergenza urgenza	
<p>Obiettivo aziendale: <u>Ictus</u></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa con il tendenziale raggiungimento nel 2016 di un valore atteso (da indicazioni regionali) di 75 trombolisi. 2. Produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute di un report sulla presenza e compilazione nella cartella clinica, della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale su ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM (430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3). <p>Il report dovrà essere condotto su un campione di cartelle con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> -periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12 2016; -ricoveri <500/anno: 30 cartelle esaminate; -ricoveri >500/anno: 50 cartelle esaminate; -rappresentativo delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, proporzionato al numero dei ricoveri anno di ciascuna unità operativa; -esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al 31.12.2016 sono state effettuate 85 trombolisi endovenose e 2 trombectomie intraarteriose 2. E' stato introdotto l'utilizzo delle scale di valutazione Rankin e Bartel definite nel percorso regionale. Da una verifica effettuata su un campione di 30 cartelle si è registrata una compilazione superiore all'85%. Per facilitare la compilazione delle scale è stato predisposto e distribuito un piccolo fascicolo Ospedaliero da allegare alla cartella clinica e due tipologie di fascicoli PDTA Ictus (simili a quello ospedaliero) una per la rete cure intermedie (RSA, SIP, ecc.) e una per il domicilio ADI (SID e SRD); le schede somministrate saranno raccolte per valutare il percorso e i valori delle scale per valutare gli esiti. 3. E' stato completato il ciclo di formazione sul PDTA Ictus con 9 giornate distribuite nell'arco di tutto il 2016 con il coinvolgimento di 646 professionisti di area ospedaliera e territoriale. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: <u>Emergenze cardiologiche</u></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
Attuazione al 31.12.2016: 1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale: <u>Trauma</u>	Risultato atteso: 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti. 2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.
Attuazione al 31.12.2016: 1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. La percentuale di pazienti con età 65+ con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario è stata a Pordenone pari al 81,7%, a San Vito/ Spilimbergo al 69,6%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: <u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u>	Risultato atteso: 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) 2. Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2014 del 72,02% - fonte Bersaglio)
Attuazione al 31.12.2016: 1. Dati regionali 2016: - percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h: Ospedale di Pordenone = 53,4% Ospedale di San Vito/Spilimbergo = 75,6% Le condizioni operative non consentono il rispetto dei tempi definiti dal Progetto Bersaglio. 2. Dati regionali 2016: - percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore: Ospedale di Pordenone = 81,8% Ospedale di San Vito/Spilimbergo = 76,7%	

E' avviato un percorso di miglioramento ma pesanti criticità nella dotazione di personale non rendono conseguibile questo valore obiettivo.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4.3 Reti di patologia

Obiettivo aziendale:

Malattie rare

Risultato atteso:

1. Partecipazione al tavolo regionale alla rete malattie rare con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali.
2. Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001

Attuazione al 31.12.2016:

1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale.
2. L'ospedale di Pordenone è centro riconosciuto per le malattie rare. In fase di implementazione il flusso informativo al registro regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

**1. OBIETTIVO STRALCIATO
2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**

Obiettivo aziendale:

Malattie reumatiche

Risultato atteso:

1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 Percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico.

Attuazione al 31.12.2016:

1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:

Cure palliative e terapia del dolore

Risultato atteso:

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.
3. Revisione della documentazione in uso e garantito l'invio mensile dei dati come da indicazioni
4. Mantenimento delle attività di cure domiciliari pediatriche.

Attuazione al 31.12.2016:

1. Strumenti di valutazione del dolore e modalità operative di documentazione utilizzate sul 100% dei pazienti ricoverati in Hospice e presi in carico nella Rete di cure palliative domiciliari.

2. Partecipazione al tavolo regionale che ha portato alla Delibera sulle cure palliative (DGR n. 165 del 5 febbraio 2016). In attesa che venga convocato il tavolo per l'accreditamento.
3. Nel 2016 è iniziato il processo di revisione della documentazione in uso nelle strutture intermedie con l'obiettivo di rendere uniforme la documentazione sanitaria utilizzata nelle strutture per uniformare nel setting residenziale gli strumenti a supporto dei processi e delle decisioni clinico-assistenziali. E' stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare. Per motivi di opportunità, la scelta di revisione ha interessato la cartella medica e il diario clinico, la cartella infermieristica e il diario infermieristico, il FUT, la cartella fisioterapica e il diario riabilitativo ed alcune schede aggiuntive. Dal 1.10.2016 la nuova documentazione sanitaria è stata impiegata in tutte le strutture intermedie aziendali ed è stata condotta una verifica su un campione casuale di n. 15 cartelle sanitarie di ciascuna struttura nel periodo compreso tra l'01.10.2016 al 31.12.2016.
4. Rete di cure palliative pediatriche: l'attività è mantenuta e nel 2016 sono stati effettuati 796 accessi.

Valutazione Direzione Centrale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO****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 anestesologica.

Attuazione al 31.12.2016:

1 - La presa in carico della gravida fisiologica da parte dell'ostetrica avviene alla 37° settimana di gestazione. La responsabilizzazione diretta dell'ostetrica nella gestione del percorso gravidanza fisiologica è in attesa un protocollo regionale.

2 - Dati 2016: Aziendali = 18,5%

3 - Dati 2016: Aziendali = 20,5%

4 -Il tavolo regionale non è stato avviato.

Valutazione Direzione Centrale Salute**1. OBIETTIVO RAGGIUNTO****2. OBIETTIVO RAGGIUNTO****3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO****4. OBIETTIVO STRALCIATO**

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%)
Attuazione al 31.12.2016: Il plasma da lavorazione di sangue intero ha raggiunto quota 3503,7 litri rispetto alla quantità prelevata nello stesso periodo del 2015 che si era attestata sui 3648,6 litri. Per quanto riguarda il plasma raccolto da aferesi il netto aumento si è verificato per la modifica dei volumi di raccolta come richiesto dal DM 02.11.2015. La quantità raccolta si è attestata sui 3118,3 litri rispetto al plasma raccolto nello stesso periodo del 2015 che risultava 2806,6 litri. Il saldo complessivo è attivo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Sicurezza trasfusionale	Risultato atteso: - Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.
Attuazione al 31.12.2016: Nel corso dell'anno sono stati redatti i rapporti di sorveglianza del rischio trasfusionale e di emovigilanza in accordo con quanto previsto dagli accordi regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 inappropriatezza (superiore al 10%).
Attuazione al 31.12.2016: Sono proseguiti nel corso dell'anno per tutti gli emocomponenti report di appropriatezza per singolo reparto.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>- 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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Le strutture dell'AAS5 assicurano le prestazioni trasfusionali senza trasferimento dei pazienti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Accreditamento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Completamento delle procedure di accreditamento come da cronoprogramma regionale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Completate con esito positivo le procedure per l'accreditamento regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	
<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"> 1. Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali. 2. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni. 3. Mantenimento della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 giorni. 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>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Dati 2016:</p> <p>DH adulti: aziendali = 23,17%</p> <p>DH pediatrici: aziendali = 60,93% (Pordenone=70,9%, San Vito=45%. Il dato del DH pediatrico di Pordenone è critico in quanto, come già comunicato in precedenza, si effettuano procedure diagnostiche con sedazione).</p> <p>La percentuale dei ricoveri medici oltre soglia > 65anni è stata del 2,2%</p> <p>La degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati è stata di 0,63.</p>	

La percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC, in una qualunque struttura regionale è stata del 4,76%

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---

3.4.7. Tempi d'attesa

<p>Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D'.</p>	<p>Risultato atteso: 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>Obiettivo aziendale: Gestione dell'offerta complessiva con rispetto per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90%</p>	<p>Risultato atteso: Organizzazione delle agende in coerenza con % di accesso definite dal livello regionale (B=95%; D>=90%). Dalla valutazione vanno esclusi coloro che rifiutano la prima data proposta.</p>
---	---

Attuazione al 31.12.2016:
Dall'analisi dei dati del monitoraggio dei TA delle prestazioni traccianti relativi all'anno 2016, messi a disposizione dalla DCS, risulta che la percentuale delle prestazioni per le quali è rispettato il tempo massimo di attesa per gli assistiti dell'AAS5, pur non raggiungendo i valori soglia, è superiore al valore medio regionale, sia per la priorità B che per la priorità D. Nonostante le modifiche organizzative messe in atto nel corso dell'anno e la revisione dell'offerta garantita dai privati accreditati, la valutazione delle performance riferita alle singole prestazioni evidenzia una particolare difficoltà nel rispetto dei TA di alcune prestazioni, in particolare la visita di chirurgia vascolare, la visita pneumologica e alcune prestazioni di radiodiagnostica. Tali difficoltà sono per lo più ascrivibili alla dotazione organica del personale medico.
L'AAS 5 non effettua filtri legati alla residenza nell'accesso alle prestazioni.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi per gli interventi "traccianti"</p>	<p>Risultato atteso: Rispetto delle tempistiche e dei volumi definiti (A=95%; B, C, D = 90%)</p>

Attuazione al 31.12.2016:
Vedere capitolo D5) Tabella tempi d'attesa per gli interventi traccianti

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale: Prenotazione on line</p>	<p>Risultato atteso: Implementazione delle agende per la</p>

	prenotazione "on line" nel rispetto delle indicazioni regionali.
Attuazione al 31.12.2016: Eseguita implementazione a partire dal mese di luglio come da richiesta della Direzione Centrale Salute. Tutte le prestazioni individuate dalla DCS risultano on line.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Attività libero professionale	Risultato atteso: Assicurare adeguati livelli di monitoraggio sul rapporto tra attività istituzionale e libero professionale anche in coerenza con le priorità di "garanzia" fissate
Attuazione al 31.12.2016: Il rapporto ALP/AIST per le prestazioni ambulatoriali nel 2016 è: $47954/3115497 = 1,5\%$ Il rapporto ALP/AIST per i ricoveri nel 2016 è: $28/35264 = 0,1\%$	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.4.8 Rischio clinico	
Obiettivo aziendale: <ul style="list-style-type: none"> Attuazione del programma regionale di Rischio Clinico a garanzia di adeguati livelli di sicurezza omogenei sul territorio regionale in continuità con le altre linee di lavoro regionali 	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none"> Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza al Programma Regionale di Rischio Clinico Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee: <ol style="list-style-type: none"> alla compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza; alla sicurezza del farmaco; all'adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite; 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; alla prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione"; all'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio.
Attuazione al 31.12.2016: L'azienda ha mantenuto le attività secondo le indicazioni del gruppo Regionale del Rischio Clinico relativamente a: monitoraggio degli indicatori individuati (sicurezza del farmaco, controllo del	

dolore, cadute, incident reporting, identificazione paziente, sicurezza operatoria, consenso, controllo delle infezioni), implementazione e monitoraggio bundles, "antimicrobial stewardship", polifarmacoterapia e riconciliazione farmacologica, indagine CARMINA, simulazione dell'adozione di misure di isolamento per il paziente potenzialmente infetto/colonizzato, empowerment dei cittadini, integrazione alla lettera di dimissione, effettuazione RCA.

Sono stati mantenuti i monitoraggi dei dati secondo le indicazioni regionali e i report semestrali sono stati inviati ai Direttori di Dipartimento, SC e SSD e ai Referenti infermieristici/tecnici di Dipartimento. Alcuni dati critici sono stati discussi durante gli incontri di negoziazione del budget.

In particolare l'azienda ha posto particolare attenzione alle linee di seguito presentate.

Attivazione di tavolo tecnico aziendale finalizzato alla "prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e pianificazione ed erogazione di eventi formativi specifici dal titolo "Valutazione dei rischi e gestione degli episodi di violenza e aggressività: apprendere dall'esperienza" (in data 27.10.2016 e 15.11.2016).

Partecipazione alle attività programmate dalla regione relative alla sicurezza nell'uso dei chemioterapici. Si sottolinea che l'AAS5 ha da tempo attivato un sistema di preparazione centralizzata dei farmaci presso la farmacia del CRO e la consegna al servizio di oncologia della terapia personalizzata non richiede ulteriori manipolazioni.

L'azienda ha partecipato allo studio sulla polifarmacoterapia secondo quanto indicato, provvedendo ad organizzare un evento formativo (2 edizione) rivolto a Medici ospedalieri, infermieri, farmacisti in cui è stato trattato anche il tema della riconciliazione in ambito ospedaliero ed effettuando la rilevazione dei dati secondo il disegno dello studio.

La realizzazione di percorsi di prevenzione del rischio infettivo è in capo al Comitato Infezioni aziendale con il quale il Rischio Clinico si coordina e si integra sviluppando programmi e sorveglianze. Individuazione dei referenti aziendali, diffusione delle LLGG regionali attraverso la pubblicazione in intranet AAS5, monitoraggio dei consumi per specifici antibiotici, diffusione dei dati sull' "antimicrobial stewardship" e della brochure tascabile.

Sono state avviate le azioni di miglioramento al fine di risolvere alcune specifiche criticità emerse attraverso l'indagine CARMINA del 2015:

- monitoraggio dei dati secondo le indicazioni regionali e invio dei report semestrali ai Direttori di Dipartimento, SC e SSD e ai Referenti infermieristici/tecnici di Dipartimento.
- il Comitato Infezioni Aziendale, oltre alla diffusione dei dati, programma incontri di discussione dei risultati dei monitoraggi in collaborazione con il risk manager
- gli ospedali, la PMA e il SIMT hanno avuto la visita di accreditamento istituzionale con esito favorevole
- la SC Endoscopia Digestiva ha ottenuto l'accreditamento all'eccellenza della società scientifica SIED;
- i piani di miglioramento sono inseriti nelle schede budget dei Dipartimenti/UUOO in base alle criticità rilevate

Sono proseguite le attività come da indicazione del gruppo regionale "Lesioni da pressione" tra le quali l'indagine di incidenza nel periodo novembre/dicembre 2016.

Per ciò che riguarda l'empowerment del cittadino, sono state coordinate le attività per implementazione della scheda dei fattori di rischio da allegare alla lettera di dimissione e il personale dell'azienda ha collaborato alla stesura dell'Handboock secondo quanto richiesto dalla Regione. L'handboock è consultabile sul sito internet ed stato distribuito nei punti informativi

aziendali e presso le sale di attesa degli ambulatori ospedalieri e distrettuali.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.9 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Obiettivo aziendale:

Sviluppo di un piano di lavoro aziendale per il contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi

Risultato atteso:

Evidenza di un piano di azioni/interventi in coerenza alle indicazioni regionali.

Attuazione al 31.12.2016:

Il Decreto Ministeriale del 9.12.2015 e le relative indicazioni operative sono stati trasmessi ai direttori di SOC/SSD e Coordinatori IP/tecnici con nota della DMO prot. n. 8571 del 8.02.2016.

A seguire sono intervenuti:

circolare del Ministero salute 3012 del 25.03.2016 e la DGR n. 499 del 26.03.2016 a cui la Direzione medica ha dato seguito con nota dispositiva indirizzata ai direttori di SOC/SSD e Coordinatori prot.n. 26996 del 15.04.2016.

Coordinamento con INSIEL per predisposizione sistemi informatici per consentire la prescrizione con la condizione di erogabilità su ricetta informatizzata o elettronica.

La DMO ha indetto riunioni, in diverse sedi aziendali, per presentare i contenuti del DM 9.12.2015 e le modalità di applicazione al personale medico e amministrativo nei giorni: 18-22-23-24 marzo 2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

<p>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p> <p>Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>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).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>1. Sono state prodotte e inviate le reportistiche del 1° trimestre 2016, del 1° semestre 2016 e dei 9 mesi 2016 relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - farmaci a brevetto scaduto sul territorio - Biosimilari (consumi ospedalieri, distribuzione diretta e DPC) <p>Sono stati effettuati incontri in ambito ospedaliero sulle stesse tematiche con Medicina, Cardiologia, Neurologia, Nefrologia, Oncologia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>2. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori ospedalieri correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>1. Gli obiettivi attribuiti ai prescrittori ospedalieri correlati agli indicatori di risultato sono: biosimilari e farmaci a brevetto scaduto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>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</p>

	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).																				
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>2. E' stata predisposta idonea reportistica per il monitoraggio delle prime prescrizioni di biosimilare in medicina, oncologia e nefrologia. Il report è stato inviato mensilmente ai direttori delle strutture coinvolte. A fine anno l'80% dei nuovi pazienti in terapia hanno ricevuto l'epoetina biosimilare aggiudicataria di gara regionale o il suo sostituto nei periodi di carenza, e il filgrastim biosimilare aggiudicatario di gara regionale.</p> <p>E' stato inoltre monitorato il consumo di infliximab biosimilare sia in ambito reumatologico che gastroenterologico. Il biosimilare di infliximab è stato reso disponibile da EGAS ad aprile 2016. In gastroenterologia hanno utilizzato in tutti i nuovi pazienti il biosimilare, in ambito reumatologico si è arrivati ad un consumo sul totale dei pazienti del 25% sul totale dei pazienti (in ambito ospedaliero non è stato possibile monitorare i naive)</p>																					
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																				
Obiettivo aziendale:	<p>Risultato atteso:</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 tessere sanitaria (TS) deve tendere ai valori riportati nella seguente tabella:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>classe terapeutica</th> <th>Target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Classe C09CA</td> <td>92,3%</td> </tr> <tr> <td>Classe C09DA</td> <td>96,7%</td> </tr> <tr> <td>Classe C10AA</td> <td>86,0%</td> </tr> <tr> <td>Classe G04CB</td> <td>44,0%</td> </tr> <tr> <td>Classe M05BA</td> <td>93,1%</td> </tr> <tr> <td>Classe N03AX</td> <td>76,4%</td> </tr> <tr> <td>Classe N06AX</td> <td>64,4%</td> </tr> <tr> <td>Classe N02CC</td> <td>70,1%</td> </tr> <tr> <td>Classe S01ED</td> <td>35,4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ai fini della valutazione di raggiungimento annuale dell'obiettivo assegnato si adotterà il seguente criterio di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <=5 categorie su 9 target: NON 	classe terapeutica	Target nazionale a cui tendere	Classe C09CA	92,3%	Classe C09DA	96,7%	Classe C10AA	86,0%	Classe G04CB	44,0%	Classe M05BA	93,1%	Classe N03AX	76,4%	Classe N06AX	64,4%	Classe N02CC	70,1%	Classe S01ED	35,4%
classe terapeutica	Target nazionale a cui tendere																				
Classe C09CA	92,3%																				
Classe C09DA	96,7%																				
Classe C10AA	86,0%																				
Classe G04CB	44,0%																				
Classe M05BA	93,1%																				
Classe N03AX	76,4%																				
Classe N06AX	64,4%																				
Classe N02CC	70,1%																				
Classe S01ED	35,4%																				

	<p>RAGGIUNTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 -7 categorie su 9 target: PARZIALMENTE RAGGIUNTO - 8 -9 categorie su 9 target: RAGGIUNTO
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>3. Sono state predisposte ed inviate le reportistiche riferite al 1° trimestre, al 1° semestre 2016 e ai 9 mesi 2016.</p> <p>Il dato aziendale sulle prescrizioni di farmaco a brevetto scaduto è verificato a livello regionale. L'AAS5 ha raggiunto il target in 3 classi terapeutiche: N03AX, N06AX, N02CC</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>4/9 A TARGET (NON RAGGIUNTO)</p> <p>RAGGIUNTO PER LA PARTE DI APPROPRIATEZZA</p>
Obiettivo aziendale:	<p>Risultato atteso:</p> <p>5. Evidenza del ricorso a gare centralizzate per i farmaci ad alto costo. Evidenza di percorsi di verifica dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento al versante specialistico ospedaliero.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>5. I fabbisogni dei farmaci di nuova introduzione sono stati inviati alla SOC Approvvigionamento e Logistica per la trasmissione a EGAS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale:	<p>Risultato atteso:</p> <p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>6. La distribuzione diretta dei medicinali alle strutture territoriali è stata regolarmente garantita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale:	<p>Risultato atteso:</p> <p>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</p>

	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.
Attuazione al 31.12.2016: 7. Nel corso dell'anno è stato monitorato mensilmente l'andamento della spesa dell'Assistenza Farmaceutica Integrativa ed in particolare dei dispositivi per diabetici. Sono state inoltre valutate le ricette AFIR evidenziate come irregolari dalla lettura ottica ed avviate ad opportuno procedimento amministrativo. Viene favorita l'erogazione diretta dei dispositivi in aderenza alle aggiudicazioni di gara EGAS. Riguardo agli ausili per diabetici prosegue l'applicazione dell'accordo regionale del 2014.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO RAGGIUNTO PER IL MONITORAGGIO E LA PROTESICA
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: 8. Trasmissione alla DCS delle segnalazioni di eventuali carenze di medicinali come da indicazioni regionali.
Attuazione al 31.12.2016: 8. Le carenze sono segnalate alla Direzione direttamente da Federfarma come da nota prot. N.0020071 del 19.11.2014. Dalla DCS nel corso dell'anno 2016 non sono pervenute richieste di verifica di carenze.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: 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, entro il 31.12.2016 attivazione di tutte le strutture all'utilizzo dell'applicativo dedicato per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici- prima prescrizione e rinnovi- e avvio della prescrizione tramite sistema informatizzato.
Attuazione al 31.12.2016: 9. Il monitoraggio delle prescrizioni con iter elettronico evidenzia una copertura nei primi 8 mesi del 2016 dell'85,6%. Il monitoraggio della prescrizione informatizzata dei piani terapeutici è iniziato dal secondo quadrimestre 2016 e nel periodo maggio-dicembre 2016 l'82% dei piani terapeutici è stato redatti	

con il sistema PSM, tutte le strutture aziendali sono state coinvolte.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO PSM DIRETTA NOMINALE: 85% PSM-PT: RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: 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 infermieristico, al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza. Evidenza dell'individuazione di almeno un referente per dipartimento.
Attuazione al 31.12.2016: 10. L'evento aziendale "Patologia iatrogena: dalla terapia alla diagnosi", su format del Centro Regionale di Farmacovigilanza, è stato realizzato in 3 edizioni (10 novembre, 15 novembre mattina, 15 novembre pomeriggio) per un totale di 63 partecipanti. La Direzione Sanitaria ha provveduto all'individuazione dei referenti per i vari reparti, il corso è stato esteso anche all'ambito territoriale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: 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.
Attuazione al 31.12.2016: 11. L'attività di registrazione è proseguita regolarmente, è stato effettuato un incontro con la SOC di Oncologia per una maggiore tempestività nelle registrazioni. La situazione delle registrazioni è stata costantemente monitorata e sono state segnalate alle strutture coinvolte le eventuali criticità. Nell'attività di distribuzione diretta è stata routinariamente verificata la congruità delle prescrizioni e il rispetto delle note.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: 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.
Attuazione al 31.12.2016: 12. Anno 2016: AAS5 = 95,50%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO ONCO PN= 96.62% ONCO SAN VITO-SPILIMBERGO=90.93%
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: 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.
Attuazione al 31.12.2016: 13. L'implementazione e il controllo dei flussi sono stati regolarmente mantenuti. La copertura della fase 3 sulla fase 2 è stata ulteriormente incrementata. E' stato regolarmente inserito il codice targatura durante gli scarichi tramite PSM.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE 2= 98.08%; TARGATURA: 99,9%
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso: 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.
Attuazione al 31.12.2016: 14. E' stata garantita la distribuzione diretta personalizzata con l'inserimento del codice fiscale per tutti gli assistiti residenti fuori regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Anziani	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>1. Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>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 .</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Sono sviluppati progetti FAP come da D.P.Reg. 144/2015 e del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>2. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>L'amministrazione regionale non ha richiesto collaborazione per attuazione di quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>3. Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' stato individuato un gruppo di lavoro aziendale per l'avvio delle azioni previste dal D.P.Reg. 144/2015. E' stato realizzato un incontro con i servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, per condividere le modalità di nuova autorizzazione all'esercizio come previsto dalla norma.</p> <p>Accoglimento delle domande (10 centri già funzionanti, per uno dei quali ampliamento di 8 posti, e 3 nuovi), predisposizione fascicoli, effettuazione sopralluoghi e nuove autorizzazioni all'esercizio. Concluso il processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti (in totale 13 centri).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>4. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità 2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale).</p>

	Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Sono state mantenute le attività di verifica sui piani di miglioramento degli anni passati.</p> <p>Effettuati Audit sulle strutture di: Castions, Sereni Orizzonti, Pinzano, San Vito al Tagliamento e Umberto 1.</p> <p>La relazione è stata redatta e trasmessa alla DSC.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>5. Sistemi informativi</p> <p>L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata. - 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.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' stato mantenuto il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmesso alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata.</p> <p>Sono state effettuate le verifiche trimestrali nel sistema SIRA-FVG.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>6. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</p> <p>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.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - La VMD deve essere effettuata da un'équipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.</p> <p>La VMD viene effettuata da un'équipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e</p>	

dell'ambito di riferimento dell'utente.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <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>Risultato atteso:</p> <p>Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 94 del 29 febbraio 2016 è stata nominata la "Commissione di Vigilanza sulle Strutture Sanitarie e Vigilanza e Controllo sui Servizi Semiresidenziali e sulle Residenze per Anziani non autosufficienti: Nomina componenti effettivi ed esperti titolari e supplenti. (DGR 30 dicembre 2004 n. 3586 - DPR 144/Pres-2015 del 13 luglio 2015)".</p> <p>L'attività di vigilanza ha coinciso con il processo di autorizzazione (vedere il punto 3).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2 Minori	
<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>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Come previsto dal Protocollo Regionale sull'Affido è proseguita la collaborazione fra Consultori Familiari e i Servizi Sociali degli Ambiti e sono state utilizzate le schede di monitoraggio e/o schede UVMF per facilitare la condivisione/integrazione del lavoro fra i servizi.</p> <p>I Consultori dell'AAS 5 hanno preso in carico, nel corso del 2016:</p> <p><u>Distretto Urbano</u>*: 5 nuclei per un totale di 9 minori in Affido;</p> <p><u>Distretto Ovest</u>: 7 affidi, 2 in Comunità, 3 intrafamiliari 2 eterofamiliari</p> <p><u>Distretto Nord</u>: 7 affidi di cui 2 parentali, 4 eterofamiliari 1 in Comunità (altri due sono affidi sine die in atto da molti anni)</p> <p><u>Distretto Sud</u>: 6 nuclei familiari per un totale di 12 minori in Affido</p>	

3 minori rientrati nel nucleo familiare per conclusione dell'Affido nel 2016; 1 Affido "sine die"; 3 minori che erano in affido intrafamiliare, sono in comunità da settembre 2016

Distretto Est: 6 nuclei per un totale di 9 minori in Affido (3 coppie di fratelli). Per 2 nuclei l'Affido si è concluso con il rientro dei minori in famiglia.

La documentazione (scheda monitoraggio, schede UVMF, verbali di incontri) sono conservate negli archivi dei Consultori Familiari.

*L'Ambito di Pordenone, pur collaborando con il Consultorio Familiare Urbano nella gestione di alcuni casi, si è storicamente dotato di proprio personale per seguire le situazioni di Affido.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</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>Risultato atteso:</p> <p>Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>La referente aziendale per il Tavolo Regionale sull'Adozione Internazionale e Nazionale ha partecipato agli incontri previsti nel corso del 2016.</p> <p>Nel 2016 è stata completata l'elaborazione delle Linee Guida Regionali ed è stata avviata la loro sperimentazione in tutto il territorio regionale.</p> <p>Per quanto riguarda l'Equipe Provinciale Adozioni dell'AAS 5 la sperimentazione ha riguardato in particolare un ampliamento della partecipazione degli Enti Autorizzati all'interno dei Corsi per Genitori aspiranti all'adozione.</p> <p>Il Tavolo Regionale, nel corso del 2016, si è inoltre assunto il compito di approfondire e trattare le questioni critiche rilevate dagli operatori che lavorano sul campo e riportate dai componenti del Tavolo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.3 Piani di Zona	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Piano di Zona</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria non ancora raggiunti nel corso del 2015.
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 185 del 11.04.2016 trasmesso a DCSISPS (PEC prot. n. 25687 del 11.04.2016) è stato inviato l'atto d'intesa per le attività da realizzare nel 2016. Nel decreto viene evidenziato il motivo del ritardo: l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale 6.3 di Azzano Decimo si è riunita in data 7/04/2016 per l'approvazione del PAA 2016.</p>	

- Gli obiettivi da completare sono contenuti nei seguenti decreti:
 - decreto del direttore generale n. 155 del 21.03.2016 (macroazione N. 4)
- decreto del direttore generale n. 658 del 15.12.2015 (Tavolo trasversale Provinciale Minori e Famiglie).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 SISTEMA INFORMATIVO

Sistema informativo	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>1. servizi on line per i cittadini</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"> – avvio di servizio referti on line per le prestazioni già sottoscritte digitalmente; – pagamento on line delle prestazioni; – estensione della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali coerentemente alle indicazioni regionali; – consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO OBIETTIVO STRALCIATO: REFERTI ON LINE
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>2. prosecuzione delle attività già avviate</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>2. <u>Proseguire nelle attività già avviate :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sicurezza fisica e logica/funzionale – privacy – sistemi di governo, in particolare per i produttivi ospedalieri – 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
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in attesa di disposizioni regionali - attivato il 20.5.2016 il sistema "PAGOPA" - Eseguita implementazione a partire dal mese di luglio come da richiesta della Direzione Centrale Salute - Sul sito regionale sono consultabili le liste di attesa secondo le regole definite dalla Direzione Centrale salute – assicurata la partecipazione a tavoli regionali specifici - Il 24 maggio 2016, l'azienda ha partecipato ad un incontro organizzato da INSIEL e Regione per la ricetta dematerializzata per i medici specialistici in collaborazione con Direzione Medica Ospedaliera/Insiel. Sono stati organizzati per area specialistica numerosi eventi formativi con avvio contestuale della ricetta dematerializzata per i dipendenti SSR afferenti alle strutture aziendali di competenza AAS5. In particolare per professionisti clinici dei presidi ospedalieri e distretti sanitari ad esclusione, in accordo con DMO, della fisioterapia a causa di problematiche prescrittive. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p><u>Percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti per:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – applicativi gestionali del G2 Clinico > 80% – laboratorio e microbiologia > 98% – medicina trasfusionale > 98% – anatomia patologica > 98 % – radiologia > 98%
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>G2 clinico = 85,9%</p> <p>Laboratorio e microbiologia = 98%</p> <p>Medicina trasfusionale = 98%</p> <p>Anatomia patologica = 100%</p> <p>Radiologia = 98,6%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sistema informativo: Funzioni rivolte al sistema informativo regionale

<p>Obiettivo aziendale:</p> <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>Risultato atteso:</p> <p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>E' stata assicurata la partecipazione ai tavoli di lavoro regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>2. Sistema di gestione dell'attività sanitaria nell'ambito dell'assistenza primaria</p> <p>a. piattaforma di connessione con la medicina generale</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p> <p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>4. Sistema direzionale aziendale</p> <p>a. Governo del personale</p> <p>b. Governo logistico</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016:</p>	

Si è in attesa di indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale: 5. Sistema direzionale regionale a. Data warehouse gestionale b. Sviluppo registro regionale dei dispositivi medici impiantabili	Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Attuazione al 31.12.2016: Si è in attesa di indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale: 6. Connessione del sistema regionale delle farmacie convenzionate al SSR per il ritorno dell'erogato	Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Attuazione al 31.12.2016: Si è in attesa di indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Obiettivo aziendale: 7. Avvio del Laboratorio hub di Pordenone	Risultato atteso: Evidenza dell'avvio del Laboratorio hub di Pordenone
Attuazione al 31.12.2016: Il nuovo LIS è stato avviato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale: Sistema PACS regionale	Risultato atteso: 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;
Attuazione al 31.12.2016: partecipazione alle riunioni di coordinamento regionale. Specifica attività è stata svolta con il coordinamento dell'EGAS per la messa a punto di un modello di integrazione dell'endoscopia digestiva con il PACS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: Sistema PACS regionale	Risultato atteso: implementazione e messa a regime dei casi

	d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti interaziendale 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
Attuazione al 31.12.2016: in attesa di indicazioni regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO SONO STATI DIFFUSI GLI AGGIORNAMENTI SULLO STATO DI AVANZAMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE DEL CASO D'USO TRA TOLMEZZO E L'HUB DI UDINE. IL COINVOLGIMENTO DELL'AAS5 È PREVISTO PER IL 2017.
Obiettivo aziendale: Sistema PACS regionale	Risultato atteso: a. 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
Attuazione al 31.12.2016: a. in attesa di indicazioni regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	Sono le Aziende che devono eventualmente formulare delle richieste opportunamente motivate. Non sono giunte richieste.
Obiettivo aziendale: Sistema PACS regionale	Risultato atteso: Collaborare al completamento dei casi d'uso dell'emergenza e della visibilità interaziendali.
Attuazione al 31.12.2016: in attesa di indicazioni regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

INVESTIMENTI
RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016	Esigibilità 2016
AASs	Adeguamenti normativi	600.000,00	7.344.993,10
	Altri interventi	1.860.000,00	
	Aree critiche	1.265.000,00	
	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	2.039.000,00	
	Elisuperfici	90.000,00	
	Interventi emergenti	320.993,10	
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	800.000,00	
	Odontoiatria sociale	60.000,00	
	Rinnovo automezzi 118	300.000,00	
		2.029.698,00	

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
AASs	FINANZIAMENTO STATALE CITTADELLA DELLA SALUTE DI PORDENONE	1.063.412,00	-	1.063.412,00	-
	NUOVO OSPEDALE PORDENONE	31.570.000,00	5.458.460,95	26.111.539,05	-
	PROGRAMMA SUPERAMENTO OPG	1.490.880,60	-	1.490.880,60	71.482,47
	RILIEVO AZIENDALE 2002	3.827.000,00	3.061.600,00	765.400,00	765.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2003	3.073.560,00	2.458.848,00	614.712,00	614.712,00
	RILIEVO AZIENDALE 2004	3.814.000,00	3.051.200,00	762.800,00	762.800,00
	RILIEVO AZIENDALE 2005	6.195.200,00	4.956.160,00	1.239.040,00	1.239.040,00
	RILIEVO AZIENDALE 2006	4.567.000,00	3.653.600,00	913.400,00	476.200,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007	4.347.000,00	3.477.600,00	869.400,00	869.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2008	3.912.000,00	3.149.600,00	762.400,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2009	5.417.000,00	4.333.600,00	1.083.400,00	667.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2010	5.637.724,00	4.510.179,20	1.127.544,80	-
	RILIEVO AZIENDALE 2011	6.800.000,00	5.440.000,00	1.360.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2012	4.571.500,00	3.657.200,00	914.300,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2013	465.000,00	372.000,00	93.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2014	3.781.335,00	3.025.068,00	756.267,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2015	2.482.000,00	-	2.482.000,00	-
	RILIEVO REGIONALE 2010 COMPARTIMENTAZIONI ANTINCENDIO H PN	680.000,00	660.383,36	19.616,64	-
	RILIEVO REGIONALE 2010 ADEGUAMENTO H S. VITO AL TAGLIAMENTO	9.000.000,00	4.519.977,01	4.480.022,99	1.879.893,73
	RILIEVO REGIONALE 2012 CITTADELLA DELLA SALUTE PORDENONE	10.468.294,00	-	10.468.294,00	-
RILIEVO REGIONALE 2015	600.000,00	-	600.000,00	600.000,00	
	113.762.905,60	55.785.476,52	57.977.429,08	7.945.928,20	

TABELLA INDICATORI LEA

			AAS5	AAS5
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	90,50%	NON RAGGIUNTO
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	90,7 % 90,9 %	NON RAGGIUNTO
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	90,70%	NON RAGGIUNTO
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	90,50%	NON RAGGIUNTO
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	86,80%	NON RAGGIUNTO
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	57,7%	NON RAGGIUNTO
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	49,3	NON RAGGIUNTO
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,30%	RAGGIUNTO
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	RAGGIUNTO
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	RAGGIUNTO
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	RAGGIUNTO
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100%	RAGGIUNTO
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	RAGGIUNTO
13 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	19%	NON RAGGIUNTO
14 LEA	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	88,6	RAGGIUNTO
15 LEA	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 4%	4,80%	RAGGIUNTO
16 LEA	ASSISTENZA AI DISABILI Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	>= 0,6	1,05	RAGGIUNTO
18 LEA	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,10	RAGGIUNTO
19 LEA	FARMACEUTICA Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	<= 11,35% (valore regionale)	10,4%	RAGGIUNTO
20 LEA	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	7,28	RAGGIUNTO
21 LEA	SALUTE MENTALE Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab. (prevalenza)	>= 10	17,40	RAGGIUNTO
22 LEA	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	<= 140	128,0	RAGGIUNTO
24 LEA	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	43,86%	RAGGIUNTO
25 LEA	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,29	RAGGIUNTO
26 LEA	Percentuale di parti cesarei	<20%	17,49%	RAGGIUNTO
27 LEA	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	77,10%	RAGGIUNTO
28 LEA	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	16'35"	RAGGIUNTO

Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

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.

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

Attuazione al 31.12.2016

- I termini per la presentazione della proposta del nuovo atto aziendale sono stati procrastinati al 28/02/2017 come da Nota della Direzione Centrale e DGR 2550 del 23/12/2016 (Linee per la Gestione del SSR 2017 – linea 3.3.1)\

- Nel mese di maggio e nelle settimane successive sono stati adottati i seguenti atti che hanno avviato il processo di integrazione delle strutture aziendali:

1. Decreto 242/16: Prime determinazioni, nelle more dell'adozione dell'Atto Aziendale, relative all'assetto istituzionale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.) di cui al decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.4.2016, su conforme deliberazione della Giunta regionale n.679 dd. 22.4.2016, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 3, comma 2, e 4, comma 2, della L.R. n. 17 dd. 16 ottobre 2014.

2. Decreto 251/16 e Decreto 260/16: "Definizione, nelle more dell'adozione ed applicazione dell'Atto Aziendale, degli assetti organizzativi dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.) in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro..."

3. Decreto 263/16: "Determinazioni organizzative conseguenti alla costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.), nelle more dell'adozione e dell'attuazione dell'Atto Aziendale. Attivazione delle funzioni aziendali di coordinamento "Gestione del Personale", "Affari Generali" e "Contabilità e bilancio".

4. Decreto 376/16: Determinazioni organizzative conseguenti alla costituzione dell'Azienda

Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.), nelle more dell'adozione e dell'attuazione dell'Atto Aziendale. Attivazione della funzione unica "Gestione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale", distinta negli ambiti di competenza "Gestione dell'offerta ambulatoriale" e "Gestione degli sportelli" ed attribuzione delle relative responsabilità

5. Decreto 405/16: "Determinazioni organizzative conseguenti alla costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.), nelle more dell'adozione e dell'attuazione dell'Atto Aziendale. Attivazione della funzione di coordinamento di staff della Direzione strategica "Aggiornamento e Formazione" ed attribuzione della relativa responsabilità"

6. Decreto 18/16: "Atti propedeutici all'applicazione dell'art. 4 comma 2 della L.R. n.17/2014. Attivazione della funzione interaziendale denominata "Logistica e Servizi Economici" e affidamento della relativa responsabilità"

7. Decreto 21/16: "Atti propedeutici all'applicazione dell'art. 4 comma 2 della L.R. n.17/2014. Attivazione della funzione interaziendale denominata "Farmacia" e affidamento della relativa responsabilità"

- Il Responsabile della struttura semplice di Reumatologia è già stato nominato il 24/09/2015, con Decreto del Commissario Straordinario 259/15

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

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

Attuazione al 31.12.2016

Al 31.12.2016 la dotazione dei posti letto attivi presso il Presidio di Cattinara/Maggiore di ASUITs è la seguente:

	p.l. al 31.03.2016		p.l. al 31.08.2016		p.l. al 31.12.2016	
	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH
Tot. Area Chirurgia	265	39	248	39	250	39
Tot. Area Medica(*)	407	37	400	37	400	37
Tot. Area Riabilitativa	24	2	24	2	24	2
TOTALE Ospedale Cattinara-Maggiore	696	78	672	78	674	78

(*) in questa area sono conteggiati i 10 p.l. di post-acuzie medica. I p.l. relativi alla post-acuzie chirurgica sono stati dismessi nel corso del 2016. Non sono conteggiati n. 6 pl ordinari SPDC

Il Responsabile della Struttura Semplice di REUMATOLOGIA è già stato nominato il 24/09/2015, con Decreto del Commissario Straordinario nr. 259/15. Tale Struttura è collocata all'interno della SC di Medicina Clinica

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
---	---

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.

Attuazione al 31.12.2016

ASUITS ha garantito il supporto delle attività dell'ente. Sono stati rispettati tempistiche e impegni assunti.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

3.1.4 Piano emergenza urgenza

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

Avvio delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza	Adeguamento della dotazione di ambulanze a quanto previsto dal Piano emergenza urgenza
--	--

Attuazione al 31.12.2016

E' stata data attuazione (Nota Prot 14800/GEN.I.1.A dd 25/03/2016 "Rilevazione stato di avanzamento applicazione PEU) come richiesto con Nota DCSISSPSF N. Prot. 4355/P dd 3/3/2016.

Inoltre è stata trasmessa la sintesi dei dati aggiornati al 21/12/2016 relativi all'implementazione dei mezzi di soccorso sul territorio di competenza di ASUITS

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

Piano dell'Emergenza Urgenza	Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza
------------------------------	--

Attuazione al 31.12.2016

ASUITS ha partecipato ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

3.1.5 Piano sangue

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

Attuazione al 31.12.2016

Nel corso del 2016 ASUITS ha garantito la partecipazione dei professionisti ai lavori dei tavoli tecnici costituiti dalla Direzione Centrale Salute.

La partecipazione è avvenuta agli incontri della Commissione Sangue nel 2016 tenuti nelle date del 21 marzo, 13 giugno e 28 novembre 2016

Gli specialisti ASUITs hanno inoltre partecipato all'incontro allargato a tutti gli operatori presso il Centro di Palmanova del 31 maggio 2016, nel quale si è parlato del IV Piano Sangue.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
---	-----------------------------

3.1.6 Piano oncologico

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

Attuazione al 31.12.2016

Non vi è stata nessuna partecipazione al tavolo tecnico regionale di professionisti ASUITs in quanto il tavolo tecnico non si è riunito nel corso del 2016.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Il tavolo tecnico non si è riunito nel corso del 2016

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
---	-----------------------------

3.1.7 Piano della Riabilitazione (decreto n°75/DICE)

Partecipazione al tavolo tecnico regionale in materia di riabilitazione previsto per la predisposizione del nuovo Piano della Riabilitazione

Attuazione al 31.12.2016

Non sono stati organizzati incontri da parte della Regione.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NEL 2016 NON SONO STATE CONVOCATE RIUNIONI DEL TAVOLO TECNICO IN MATERIA DI RIABILITAZIONE
---	--

3.1.8 Piano della Salute mentale

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

Attuazione al 31.12.2016

E' stato attivato il tavolo clinico per la redazione del piano per la salute mentale a respiro regionale. Il primo incontro si è tenuto il 14 luglio. E' stato calendarizzato un secondo incontro per il 22 settembre 2016. Il Direttore del DSM, ha partecipato a tutte le riunioni, sia di gruppo ristretto che allargato, programmate dalla regione, attivandosi anche in prima persona nella stesura delle bozze degli obiettivi con un contributo sostanziale.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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

Attuazione al 31.12.2016

Il risultato atteso è stato modificato dalla DGR 2949 dd. 23/12/2016, così come richiesto con nota prot. ASUITS n. 5748 dd. 30.06.2016.

1. Il "Documento di riorganizzazione della Medicina di Laboratorio nell'area giuliano-isontina" a completamento del lavoro del gruppo tecnico interaziendale ASUITS-AAS2- IRCCS Burlo Garofolo, è stato trasmesso. L'assetto organizzativo ed i rapporti economici sono stati illustrati alla DCS con nota prot. ASUITS n. 23850 dd. 19.05.2016.

2. L'attivazione del nuovo Laboratorio spoke presso il Burlo è avvenuto in data 14.12.2016 con contestuale trasferimento ad ASUITS delle attività per interni ed esterni (Decreto 807 dd 14/12/2016), come comunicato alla DCS con nota ns. prot. ASUITS n. 60879 dd. 16/12 2016.

3. In data 14/12/2016 con l'attivazione del Laboratorio spoke dell'IRCCS Burlo Garofolo è stato collaudato e reso operativo il sistema/informativo unico tra il centro Hub di ASUITS e il centro spoke dell'IRCCS.

4. Nel corso del 2016 sono state realizzate le azioni di armonizzazione della tecnologia per i Laboratori dell'AAS2 (e rinnovi tecnologici per ASUITS) rendendoli coerenti con il modello H&S.

Il ridisegno tecnologico ha interessato i settori di ematologia, Point of care testing, urine, chimica-immunometria.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

2. Scostamento del trasferimento attività IRCCS Burlo Garofolo dal 30/6/2016 al 14.12.2016 è derivato dallo slittamento dell'intervento Insiel su sistema centrale (nota prot. ASUITS n. 5748 dd. 30.06.2016).

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2 Promozione della salute e prevenzione	
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.
Attuazione al 31.12.2016 L'elenco dei referenti aziendali del PRP è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute nei termini previsti via PEC	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.1. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
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.
Attuazione al 31.12.2016 Il Centro Cardiovascolare ha coordinato per la Regione FVG il gruppo di lavoro per il Piano Regionale Prevenzione che si è riunito regolarmente nell'anno 2016 ed ha prodotto i seguenti risultati: - E' stato redatto il manuale di prevenzione del rischio cardiovascolare a valenza regionale comprendente i protocolli operativi che è stato inviato a tutte le aziende del FVG. Il manuale regionale dei percorsi di prevenzione del rischio cardiovascolare coinvolge i Distretti, Dipartimenti di Prevenzione assieme all'UCO di Medicina del Lavoro e alla SSD Medicina preventiva, Strutture cardiologiche, Medici di Medicina Generale. Il manuale è stato anche presentato in sede convegnistica ed è stata realizzata su di esso attività di formazione. - E' stata preparata una piattaforma regionale per la classificazione del rischio cardiovascolare (Progetto Cuore e Score). E' stata progettata una app per informazione e educazione degli utenti al rischio cardiovascolare. - E' stata prodotta e trasmessa la sintesi dei risultati dell'attività 2016.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Coordinare la formazione del personale sanitario su valutazione del rischio	- 5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei - Un corso residenziale

<p>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>	<p>- Almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria formati: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Attivato 1 corso FAD per i MMG.</p> <p>Realizzati incontri residenziali aziendali per tutte le figure professionali coinvolte (sostituiscono i FAD per tutte le figure non MMG).</p> <p>L'UCO di Medicina del Lavoro e la SSD Medicina preventiva dei lavoratori ospedalieri in collaborazione con il Centro Cardiovascolare e Igiene degli alimenti e della nutrizione ha condiviso l'approccio alla formazione regionale. In particolare i risultati preliminari sono stati presentati e discussi nel convegno regionale rivolto ai dipendenti delle aziende sanitarie e ai medici di medicina generale "Percorsi della prevenzione cardiovascolare in Friuli Venezia Giulia" tenutosi a Trieste 19 ottobre 2016.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>ASUITS ha garantito la partecipazione al gruppo di lavoro e alla redazione del Manuale del rischio cardiovascolare, condiviso a livello regionale e locale.</p> <p>(Vedi anche obiettivi precedenti)</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.2. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

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	
Attuazione al 31.12.2016		
	ADESIONE al 31.12.2015	ADESIONE al 31.12.2016
colon retto	50,9	51,3
cervice uterina 58,01	58,0	58,8
mammella 57,57	57,6	56,8

(fonte: Sissr – Screening)	
L'adesione allo screening è lievemente migliorata per Colon-retto e Cervice uterina. Lieve flessione, invece, per l'adesione allo screening del cancro della mammella.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso	
I dati di adesione hanno dimostrato un lieve trend in crescita dell'adesione seppur inferiore all'atteso. Sono già in corso alcune iniziative a livello di Direzione centrale della Salute per incrementare gli standard che nella città di Trieste risultano sicuramente più bassi della media regionale anche per l'accesso spontaneo a programmi di screening personalizzati o per l'offerta di test al di fuori dei programmi istituzionali che in qualche modo penalizzano i risultati complessivi di adesione. Vedi anche il report 2014-2015 sulla "Qualità e monitoraggio dei programmi regionali di screening oncologico in Friuli Venezia Giulia" pubblicato a marzo 2017	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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".	Nel 2015 AAS1 e AOOTS hanno già condiviso e formalizzato un PDTA sull'attività senologica. Per il 2016 si prevede di: <ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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
Attuazione al 31.12.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - L'Accreditamento EUSOMA è stato ottenuto nel mese di ottobre (First Issue Date 2016-06-10) - Documento (protocollo provinciale) presentato il 27 dicembre 2016 	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	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.
Attuazione al 31.12.2016	
(Vedi anche obiettivo precedente)	
Una prima proposta del progetto "Breast Trieste" è stato presentato in data 6 luglio 2016 al coordinamento regionale. Dopo il successivo inoltro da parte del coordinamento regionale screening alle varie unità regionali, si è tenuto un successivo incontro nel mese di ottobre presso la	

sede udinese della Direzione Regionale Salute. In attesa di ricevere il documento di consensus finale che raccoglie le proposte integrative presentate dalla gruppi regionali.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Attuazione al 31.12.2016 Tutti i radiologi certificati per la refertazione del primo livello dello screening svolgono anche la gestione del percorso di approfondimento	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	- >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%
Attuazione al 31.12.2016 -Esami negativi di primo livello. Dati da Portale SISSR - Screening, ultimo aggiornamento 27/04/2017. Dati dicembre 2016= 99,44% -Early recall. dati da Portale SISSR-Screening, ultimo aggiornamento 27/04/2016 dati dicembre 2016=7,45% (33/443);	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
Attuazione al 31.12.2016 Percentuali compilazione campi fondamentali 2016 (dati da Portale SISSR-Screening, ultimo accesso (06/04/2017)=98,72% al 31/12/2016	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici	- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale
Attuazione al 31.12.2016 - È stato svolto nei tempi previsti (10 novembre 2016) l'evento accreditato ECM sul carcinoma mammario per MMG (formazione obbligatoria), intitolato "Carcinoma della mammella: strategie di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e follow-up. Gestione integrata tra Medici di Medicina Generale e Servizi aziendali". - Il gruppo regionale, al quale partecipano attivamente i professionisti della Breast Unit, ha contribuito alla stesura della nuova campagna promozionale dello screening regionale appena rese pubbliche (marzo 2017).	

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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.	Anagrafe sanitaria aggiornata
Attuazione al 31.12.2016 L'azienda effettua regolare attività di controllo e correzione dei dati per garantire la consistenza dell'anagrafe sanitaria. Sono inoltre stati sottoscritti gli accordi interprana con i Comuni.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	AAS1 utilizza le agende CUP e si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening
Attuazione al 31.12.2016 ASUITs si avvale del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening, come previsto da accordi con EGAS.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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"> 1. estensione del progetto ad altre scuole superiori della provincia di Trieste 2. promozione delle attività di Afrodite al di fuori dei contesti scolastici e connessione con altri progetti di promozione della salute rivolti ad adolescenti 3. coprogettazione e realizzazione con le scuole professionali di un percorso di formazione per gli adulti (insegnanti, educatori, operatori) sulle tematiche di interesse 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
Attuazione al 31.12.2016	
<u>Mantenimento delle attività con le Scuole Statali, AS 2015- 2016 e AS 2016- 2017:</u>	
Partner: ASUITs (distretti, DDD, DIP), Scuole statali (4 istituti 5 scuole: Galilei, Petrarca, Max Fabiani- Deledda, Galvani), Istituti di formazione professionale (IAL, CIVIFORM, EDILMASTER, CIOFS), cooperativa La Quercia, Comune di Trieste Area educazione, Università degli Studi di Trieste (Dipartimento Scienze della Vita- Unità di Psicologia; Dipartimento Scienze Mediche e	

Chirurgiche- corso di laurea di Infermieristica)

Hanno completato la formazione 3 gruppi di Peer Junior (87 ragazzi di terza) e 1 gruppo di Peer Senior (15 ragazzi di quarta) per l'A.S. 2015- 16. Hanno avviato la formazione 3 gruppi di Peer Junior (65 ragazzi di terza delle scuole partecipanti) e 46 ragazzi di quarta delle scuole partecipanti) per l'A.S. 2016- 2017.

Partecipazione ad eventi extrascolastici: Convegno "Consumi, adolescenza e nuove culture giovanili: dal riconoscimento precoce dei sentori all'intervento di cura integrato", Federserd FVG, 29/4/2016, Hotel Savoia, Trieste; Artefatto It's Me, Comune di Trieste, maggio 2016, Palazzo Gopceovich, Trieste; Formazione Peer Educator 2016, Progetto Overnight; Settimana mondiale contro HIV "Piùomenopositivi", dicembre 2016.

Avvio della sperimentazione con le scuole professionali AS 2016- 2017:

E' stato realizzato un percorso formativo articolato in 6 incontri di 2,5 ore (febbraio e marzo 2016) sui temi di interesse del progetto: promozione salute, affettività/sexualità, MST, sostanze illegali, sostanze legali, salute mentale. Hanno partecipato un minimo di 16 ed un massimo di 19 insegnanti.

Il programma di progetto co-progettato ha previsto:

- 6 ore di intervento di sensibilizzazione sui temi del progetto da parte degli insegnanti nelle classi seconde;
- Composizione di due gruppi di Peer educator;
- È stato sviluppato il percorso di formazione dei Peer (compresi gli incontri con gli esperti), di progettazione e realizzazione di iniziative di sensibilizzazione rivolte ai compagni, con il tutoraggio degli educatori.

Partecipazione al tavolo Aziendale sulla Promozione della Salute e costruzione di flow chart sui percorsi di collegamento tra scuole della provincia di Trieste e ASUITS.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2016

Partecipazione a 4 incontri regionali su Programma III. (2/5, 5/7, 14/9, 19/12).

Partecipazione al gruppo di lavoro PAL, che gestisce il progetto AFRODITE per le Scuole Secondarie di II grado, e gli Enti di Formazione Professionale attraverso la metodologia accreditata della peereducation. Hanno partecipato il 43% degli istituti (5 su 15 Istituti Secondari e 4 su 6 Scuole Professionali).

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2016

Partecipazione a 4 incontri regionali su Programma III. (2/5, 5/7, 14/9, 19/12).

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																				
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																				
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Partecipazione a 4 incontri regionali su Programma III. (2/5, 5/7, 14/9, 19/12).</p> <p>Avvio raccolta documentazione aziendale relativa la fascia giovani, per definizione Flow chart</p> <p>Avvio incontri con il Comune per la definizione dell'Accordo Welfare Giovani 0 -30 anni.</p> <p>Flow chart definita.</p>																					
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																				
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)																				
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Organizzazione un evento con le scuole in 5 appuntamenti volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale in cui è stata distribuita la brochure sull'esordio.</p> <p>L'opuscolo dedicato all'esordio ed agli stati a rischio è stato pubblicato su supporto cartaceo e distribuito al corpo docente ed agli allievi di 5 realtà scolastico – formative in cui si è realizzato il progetto "Qualcosa è cambiato" in collaborazione con "La Collina". Le attività svolte sono presentate nella tabella sottostante.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Novembre 2015 – Gennaio 2016</td> <td>Laboratori didattico-esperienziali all'interno dei 5 istituti aderenti. a. Istituto CIOFS Centro Italiano Opere Femminili Salesiane FVG, b. Istituto Edilmaster - La Scuola Edile di Trieste, classi II^a e III^a, c. Istituto Tecnico Statale "G. Deledda - M. Fabiani" classe II^a Costruzioni Ambiente Territorio, d. Istituto IAL Innovazione Apprendimento Lavoro del Friuli Venezia Giulia classe II^a, e. Istituto Villaggio del Fanciullo, Corso per operatore grafico – addetto alla computer grafica, II^a e III^a classe.</td> </tr> <tr> <td>4 dicembre 2015</td> <td>Su richiesta degli studenti dell'Edilmaster, si tiene la visita ai servizi sanitari territoriali: Distretto 1 a Roiano, CSM Barcola</td> </tr> <tr> <td>Gennaio – marzo 2016</td> <td>Laboratori di rifinitura delle idee progettuali con il coinvolgimento degli studenti delle scuole aderenti</td> </tr> <tr> <td>15 aprile 2016</td> <td>Il progetto "Qualcosa è cambiato" è sul notiziario di Telequattro</td> </tr> <tr> <td>19 aprile 2016</td> <td>Lancio della challenge online</td> </tr> <tr> <td>9 maggio 2016</td> <td>Chiusura della challenge e pubblicazione dei risultati</td> </tr> <tr> <td>9 giugno 2016</td> <td>Presentazione pubblica dei progetti e premiazioni dei vincitori</td> </tr> <tr> <td>22 giugno 2016</td> <td>Il progetto "Qualcosa è cambiato" è ospite di Radio Rai nel programma "Giovani e Comunicazione" di Mario G. Mirasola</td> </tr> <tr> <td>Luglio 2016</td> <td>Consegna dei premi</td> </tr> <tr> <td>Settembre 2016</td> <td>Online i video finali delle proposte progettuali classificate tra le prime cinque</td> </tr> </tbody> </table>		Novembre 2015 – Gennaio 2016	Laboratori didattico-esperienziali all'interno dei 5 istituti aderenti. a. Istituto CIOFS Centro Italiano Opere Femminili Salesiane FVG, b. Istituto Edilmaster - La Scuola Edile di Trieste, classi II ^a e III ^a , c. Istituto Tecnico Statale "G. Deledda - M. Fabiani" classe II ^a Costruzioni Ambiente Territorio, d. Istituto IAL Innovazione Apprendimento Lavoro del Friuli Venezia Giulia classe II ^a , e. Istituto Villaggio del Fanciullo, Corso per operatore grafico – addetto alla computer grafica, II ^a e III ^a classe.	4 dicembre 2015	Su richiesta degli studenti dell'Edilmaster, si tiene la visita ai servizi sanitari territoriali: Distretto 1 a Roiano, CSM Barcola	Gennaio – marzo 2016	Laboratori di rifinitura delle idee progettuali con il coinvolgimento degli studenti delle scuole aderenti	15 aprile 2016	Il progetto "Qualcosa è cambiato" è sul notiziario di Telequattro	19 aprile 2016	Lancio della challenge online	9 maggio 2016	Chiusura della challenge e pubblicazione dei risultati	9 giugno 2016	Presentazione pubblica dei progetti e premiazioni dei vincitori	22 giugno 2016	Il progetto "Qualcosa è cambiato" è ospite di Radio Rai nel programma "Giovani e Comunicazione" di Mario G. Mirasola	Luglio 2016	Consegna dei premi	Settembre 2016	Online i video finali delle proposte progettuali classificate tra le prime cinque
Novembre 2015 – Gennaio 2016	Laboratori didattico-esperienziali all'interno dei 5 istituti aderenti. a. Istituto CIOFS Centro Italiano Opere Femminili Salesiane FVG, b. Istituto Edilmaster - La Scuola Edile di Trieste, classi II ^a e III ^a , c. Istituto Tecnico Statale "G. Deledda - M. Fabiani" classe II ^a Costruzioni Ambiente Territorio, d. Istituto IAL Innovazione Apprendimento Lavoro del Friuli Venezia Giulia classe II ^a , e. Istituto Villaggio del Fanciullo, Corso per operatore grafico – addetto alla computer grafica, II ^a e III ^a classe.																				
4 dicembre 2015	Su richiesta degli studenti dell'Edilmaster, si tiene la visita ai servizi sanitari territoriali: Distretto 1 a Roiano, CSM Barcola																				
Gennaio – marzo 2016	Laboratori di rifinitura delle idee progettuali con il coinvolgimento degli studenti delle scuole aderenti																				
15 aprile 2016	Il progetto "Qualcosa è cambiato" è sul notiziario di Telequattro																				
19 aprile 2016	Lancio della challenge online																				
9 maggio 2016	Chiusura della challenge e pubblicazione dei risultati																				
9 giugno 2016	Presentazione pubblica dei progetti e premiazioni dei vincitori																				
22 giugno 2016	Il progetto "Qualcosa è cambiato" è ospite di Radio Rai nel programma "Giovani e Comunicazione" di Mario G. Mirasola																				
Luglio 2016	Consegna dei premi																				
Settembre 2016	Online i video finali delle proposte progettuali classificate tra le prime cinque																				
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																				

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 addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.	Un corso di formazione da rivolgere al personale aziendale accreditato ECM
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Il tavolo regionale delle dipendenze ha ritenuto opportuno progettare un unico evento a livello regionale: il corso di formazione è stato accreditato ai fini ECM e si è svolto ad Udine il 24/09/2016. Il target includeva anche i medici di medicina generale della regione.</p> <p>La formazione è stata rivolta in primis ai MMG per la loro possibilità di riconoscimento precoce del problema e la loro capacità di svolgere un ruolo di intermediazione con i servizi aziendali, nel caso di invio a consulenza specialistica. Stante i costi della formazione, è stato realizzato un primo evento; saranno calendarizzati incontri simili nelle altre aree del territorio regionale.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Attività programmata e realizzata nell'ambito dei PDZ/PAA 2016.</p> <p>E' continuata nel corso del 2016 l'attività con associazioni (Muoviamoci Insieme, Associazione Benessere).</p> <p>La partecipazione nel 2016 ad attività previste per autosufficienti ha visto il coinvolgimento di circa 500 anziani. 345 anziani hanno frequentato i corsi di attività motoria. 221 è il numero di utenti del SSC beneficiari (uscite un giorno) per un totale di 46 gite. Gli anziani che hanno aderito complessivamente al programma socialità proposto dal comune di Trieste sono 414.</p> <p>Sono attivi anche i gruppi di cammino e di attività motoria rivolti agli anziani e che coinvolgono sia cittadini che associazioni, organizzati direttamente da ASUITS, e in particolare dal Centro Cardiovascolare (ad es. "la Camminata del tuo Cuore", "Bavisela 2016", "LifelongSwimming")</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda

territorio.	
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Il gruppo regionale dei referenti aziendali per la promozione attività fisica ha fatto diversi incontri e ha predisposto le caratteristiche condivise per la redazione del catalogo.</p> <p>Il gruppo dei referenti aziendali per il piano della prevenzione regionale per il programma V per la promozione dell'attività fisica ha condiviso le criticità in merito alla predisposizione del Catalogo aziendale delle offerte/opportunità di attività fisica presenti sul territorio finalizzato a informare i MMG, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i criteri per includere/escludere nelle strutture/attività all'interno del catalogo, - la pubblicazione sul portale aziendale con nome cognome indirizzo di palestre private in cui l'attività è a pagamento (alla quale la segnalazione di una AAS sicuramente dà un vantaggio ed una visibilità particolare rispetto ad una palestra non "pubblicata"). <p>Per questi motivi il catalogo è stato pubblicato nel 2016 su 2 siti aziendali (AAS2, AAS3).</p> <p>Nel corso del 2016 è stato predisposto e condiviso il testo della lettera che è stata inviata dalla Regione FVG alle associazioni affiliate UISP per promuovere progetti/iniziative di promozione dell'attività fisica in contesti urbani e di vita e agli enti locali all'interno dei PdZ. Inoltre è stata condivisa la carta etica dello sport prodotta dal Comune di Udine.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.2.7. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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.	Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Partecipazione a incontro regionale su Programma VI – Prev. Incidenti Stradali (2/12)</p> <p>Effettuata la mappatura del territorio degli stakeholder.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Report congiunto di monitoraggio delle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS con Prot Gen 4428/ T-GEN-IV-1-A SODIP 17/P 107 dd. 26/01/2017. Il ritardo nella trasmissione del documento è stata determinata dal ritardo dell'invio da parte dei referenti aziendali del</p>	

programma VII delle informazioni richieste e dall'emergenza tubercolosi presso la ASUITS, che ha assunto priorità assoluta.

Ob. 34. Promozione di corretti stili di vita attraverso una rete di collaborazione che coinvolga tutte le strutture aziendali, gli Enti locali, la Scuola e gli stakeholder.

Nel corso del 2016 la rete delle collaborazioni è stata ampliata, coinvolgendo anche la RAI Regionale e ricercatori della SISSA e sono stati realizzati diversi incontri (Febbraio, Maggio, Ottobre, Dicembre).

Con i principali stakeholder (FEDERSANITÀ - ANCI, Centro Servizi Volontariato, CRIBA, AUSER, CONSULTA DISABILI, RAI REGIONALE) è stata avviata la definizione di accordi operativi per realizzare attività di informazione e sensibilizzazione e di realizzare un documento di indirizzo insieme ad un gruppo di esperti.

È stata realizzata una scheda per la rilevazione delle attività in essere o programmate da parte delle aziende sanitarie o degli stakeholder, finalizzata a censire le iniziative realizzate nei diversi territori, per poterle eventualmente replicare in altri contesti. È stata realizzata una prima ricognizione delle iniziative e del materiale divulgativo già realizzato, che proseguirà nel corso del 2017. I risultati saranno condivisi con gli stakeholder.

È proseguita, nel corso del 2016, la distribuzione della check list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni, all'utenza che afferisce al pronto soccorso pediatrico, come da accordi intrapresi con l'IRCCS Burlo Garofolo nel 2015.

La Regione ha autorizzato l'utilizzo dei fondi ex articolo 13 dell'ASUITS da impiegare per la realizzazione/ divulgazione di spot per la prevenzione degli incidenti domestici per la popolazione bersaglio.

Sono stati coinvolti ricercatori della SISSA per la realizzazione di iniziative di comunicazione per la popolazione bersaglio, che saranno divulgate anche attraverso la RAI Regionale, La formalizzazione della collaborazione con i ricercatori avverrà nel corso del 2017.

La formazione di volontari che operano al domicilio dei soggetti fragili sull'utilizzo della check list sarà programmata nel 2017, in collaborazione col CSV e le associazioni di volontariato.

Ob. 35. Promozione della cultura della sicurezza abitativa nella popolazione fragile

-Realizzato evento formativo per operatori sanitari di tutte le Aziende Sanitarie della Regione FVG che lavorano a domicilio di persone fragili finalizzato alla rilevazione dei rischi tramite check list. 2 edizioni (31 maggio e 8 Giugno) Sono stati formati 38 operatori (17 di ASUITS, 6 di AAS2, 4 di AAS3, 6 di ASUIUD, 4 di AAS5, 1 operatore INAIL)

- Per quanto concerne i progetti che coinvolgono le scuole, la riunione programmata per giugno con i dirigenti scolastici nell'ambito del programma "Scuole che promuovono salute" (Fedele) non è stata realizzata, per ragioni da imputarsi a problematiche organizzative degli istituti scolastici; non è stato possibile, pertanto, dettagliare le proposte del progetto rivolto alla prima infanzia e di quello rivolto alle scuole secondarie di secondo grado.

Il progetto rivolto alle scuole di secondo grado è stato inserito fra quelli proposti per l'alternanza scuola/lavoro ed è in attesa di un riscontro da parte delle scuole stesse.

Progetto rivolto alla prima infanzia: l'ASUIUD, ha aggiornato il materiale didattico, come programmato.

Ob. 36. Formazione sull'uso dei farmaci in sicurezza per operatori sanitari, MMG e PLS

Nel corso del 2016, nell'ambito del "Progetto polifarmacoterapia nel paziente anziano in FVG", iniziato nel 2015 con 10 eventi formativi in tutta la regione, sono state organizzate altre 2 edizioni in ASUITS (Peresson) sulla tematica "Sicurezza dell'uso dei farmaci nel paziente anziano" (10/11/16 e 2/12/16).

La Direzione Centrale Salute si occupa del monitoraggio regionale delle prescrizioni di farmaci, con l'obiettivo di valutare e monitorare le poliprescrizioni ed elabora semestralmente un report, i cui risultati vengono diffusi fra le aziende e gli operatori che si occupano di rischio clinico ed in occasione dei corsi di cui sopra. I dati del primo semestre 2016 sono stati divulgati a luglio; quelli del secondo semestre sono in via di elaborazione e verranno resi noti a marzo 2017.

Ob. 37: Informazione popolazione e caregiver sugli interventi per prevenire infortuni e cadute, con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio, e sui rischi legati alla polifarmacoterapia e all'interazione fra alcol e farmaci

Nel corso del 2016 in un'ottica di collaborazione fra le aziende l'AAS2, in accordo con le indicazioni della referente regionale, ha realizzato un evento formativo per operatori dell'assistenza domiciliare e medici di medicina generale sulle tematiche relative ai rischi degli infortuni domestici, aperto a tutte le AAS della regione. Al corso ha partecipato, quale docente, il dott. Patussi. Nel 2015 il corso, aperto agli operatori sanitari e mmg di tutte le AAS della regione era stato organizzato dall'AAS1, presso l'OMCEO di Trieste. Per il 2017 se ne occuperà l'AAS5.

Relativamente alla Elaborazione di materiale informativo per le persone anziane e sua diffusione, nel corso del 2016 è stata ottenuta l'autorizzazione all'utilizzo dei fondi ex art. 13 e sono stati coinvolti ricercatori della SISSA, con i quali va formalizzata la collaborazione. I ricercatori hanno fatto una rilevazione del materiale esistente, prodotto a livello nazionale ed internazionale sull'argomento, che è stato messo a disposizione dei referenti delle aziende ed alcuni stakeholder.

Durante le riunioni con gli stakeholder, i ricercatori ed il direttore della RAI regionale, il tavolo di lavoro ha concordato l'opportunità di affidare ai ricercatori stessi la realizzazione di spot costruiti ad hoc e di altro materiale informativo.

Ob. 38. Consolidamento del sistema informatizzato di rilevazione e monitoraggio nei pronto soccorsi regionali

Implementazione della corretta codifica degli eventi: Azione e monitoraggio a carico della direzione centrale salute

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016	
Sono state realizzate 2 edizioni (31 Maggio, a Trieste e 8 Giugno, a Palmanova - su http://ecm.sanita.fvg.it). Sono stati formati 38 operatori (17 di ASUITS, 6 di AAS2, 4 di AAS3, 6 di ASUIUD, 4 di AAS5, 1 operatore INAIL.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016 Al 31.12.2016 non è ancora disponibile lo strumento per la registrazione dell'informazione. Nel SEI gli operatori registrano abitualmente tra le cause traumatiche, solo se presenti nel caso, il luogo dell'accadimento che può assumere il valore "Casa".	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Al 31.12.2016 non è ancora disponibile lo strumento per la registrazione dell'informazione.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016 Il Piano Nazionale Edilizia non è stato ancora ufficialmente approvato. La bozza contenente le nuove procedure di vigilanza è stata presentata nel corso di due seminari tenuti a cura dell'AAS2 a Palmanova nei giorni 30/11 e 13/12. A livello regionale, le Aziende Sanitarie adottano procedure di vigilanza concordate, in linea con quelle indicate nel PNE. Il report sull'attività è stato presentato a tali seminari, in presenza dei referenti regionali della DCS (su http://ecm.sanita.fvg.it).	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Attuazione al 31.12.2016 Le procedure ed il report di attività sono stati presentati nel corso di un seminario tenutosi il 5 dicembre a Palmanova, in presenza dei referenti regionali della DCS (su http://ecm.sanita.fvg.it).	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016	

Si è partecipato alla stesura delle linee guida regionali durante la formazione sul campo organizzata da ASUIUd (codice AAS4_16012, Formazione operatori sanitari addetti al controllo per le pratiche estetiche, 02-5/05/2016).

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.

Attuazione al 31.12.2016

Per difficoltà organizzative la formazione degli auditor da parte della DCS è slittata al 2017

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Per difficoltà organizzative la formazione degli auditor da parte della DCS è slittata al 2017 (corso iniziato il giorno 10 gennaio 2017 e terminato il 7 febbraio 2017 (partecipanti Toffanin, Di Guida, D'Orlando e Crocco).

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.

Attuazione al 31.12.2016

L'attività relativa all'organizzazione del corso è stata svolta e discussa nell'ambito del Coordinamento DIP-DSC, cui ha partecipato il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, il corso verrà effettuato nel 2017.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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.

Attuazione al 31.12.2016

Per difficoltà organizzative la formazione degli auditor da parte della DCS è slittata al 2017 (corso iniziato il giorno 10 gennaio 2017 e terminato il 7 febbraio 2017 (partecipanti Toffanin, Di Guida, D'Orlando e Crocco).

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Per difficoltà organizzative la formazione degli auditor da parte della DCS è slittata al 2017

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2016

La lista dei controlli è stata preparata da un g.d.l. regionale cui ha partecipato la nostra Azienda, ed è stata trasmessa dal coordinatore, dott. Venturini, il giorno 8 novembre, alla Regione e alle Aziende per la pubblicazione sul sito aziendale.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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	Effettuazione dell'attività di vigilanza secondo i parametri definiti a livello regionale e trasmissione Report di attività alla DCS.

Attuazione al 31.12.2016

Agricoltura: completati tutti i sopralluoghi sia nelle aziende che nelle rivendite.

Edilizia: ispezionati n. 262 cantieri (registrati sul programma gestionale regionale MeLa-Insiel).

Il report è stato prodotto. I risultati sono stati presentati all'incontro tecnico-operativo sulla sicurezza in edilizia svolto presso l'Istituto tecnico Volta il giorno 15 dicembre 2016.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2016

Agricoltura: I dati sono stati discussi con la DTL in data 21/09/16. Il gruppo regionale ha prodotto le procedure per la vigilanza in agricoltura che sono state presentate nel corso di un seminario a valenza regionale tenuto a Palmanova il giorno 5/12/16.

Edilizia: Il report è stato prodotto. I risultati sono stati presentati all'incontro tecnico-operativo sulla sicurezza in edilizia svolto presso l'Istituto tecnico Volta il giorno 15 dicembre 2016.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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.

<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Gli operatori SCPSAL Borsoi, Di Guida e Santarpia hanno partecipato all'attività regionale di programmazione dei corsi e delle iniziative di sensibilizzazione;</p> <p>A livello regionale sono stati realizzati n. 4 corsi accreditati (A Trieste il corso è stato effettuato in data 21/10/16);</p> <p>Sono state realizzate n. 2 iniziative di sensibilizzazione ed il relativo pacchetto informativo è stato presentato alle Direzioni Sanitarie di AOUs e AAS.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Il report sull'attività è stato predisposto ed il dott. Venturini, coordinatore regionale SPSAL, lo ha inviato alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	<p>- 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.</p> <p>- 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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>il programma di promozione della salute dei dipendenti teso ad individuare i lavoratori a rischio per lo sviluppo di MCNT è proseguito regolarmente nel corso del 2016.</p> <p>Predisposto modello uniforme di raccolta dei dati Raccolta dei questionari iniziata la digitalizzazione dei dati.</p> <p>L'elaborazione e la produzione del report per tutta l'ASUIT è stato redatto nei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Corso effettuato
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Sono stati effettuati i seguenti corsi:</p> <p>Alimenta la salute 1 (Cod. AAS1_15026, 2 edizioni) 7 e 14/4, 11 e 18/5</p> <p>Alimenta la salute 2.0 (Cod. ASUITS_00012, 1 edizione) 9 e 16/11</p> <p>(su http://ecm.sanita.fvg.it)</p>	

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

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	Elaborare 2 indicatori e invio report alla DRS

Attuazione al 31.12.2016

Non risulta pervenuta nessuna indicazione in merito da parte regionale su questa linea di programma.

ASUITS ha sempre valorizzato le differenze di genere nei programmi operativi.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Non risulta pervenuta nessuna indicazione in merito da parte regionale.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

Alimentare le banche dati informo e malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
---	---

Attuazione al 31.12.2016

INFORMO: inseriti sul programma gestionale regionale MeLa-Insiel tutti gli infortuni: 2 mortali e 3 infortuni gravi.

MALPROF: inserite sul programma gestionale regionale MeLa-Insiel tutte le malattie professionali (20).

L'UCO di Medicina del Lavoro invia regolarmente le denunce e i referti di malattia professionale per posta certificata come da indicazione delle circolari INAIL.

Il report regionale congiunto è a carico del coordinatore regionale PSAL e viene redatto sulla base dei dati inviati anche da ASUITS.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

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
---	-----------------------

Attuazione al 31.12.2016

Tutti i dati richiesti sono stati trasmessi alla DCS (trasmissione in data 16/02 della scheda generale e in data 30/06 della scheda con i dati relativi alle attività amianto-correlate).

In data 11 gennaio stata trasmessa la scheda relativa ai Flussi informativi ministeriali per l'anno 2016.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

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
---	---

Attuazione al 31.12.2016	
Il data base regionale non è stato attivato, pertanto i dati sono stati registrati in un data base dedicato locale.	
Sono state registrate più del 70% delle verifiche eseguite nel 2016.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016	
È stato inserito il 100% delle anagrafiche.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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:
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.
Attuazione al 31.12.2016	
Non si è preso parte al tavolo di lavoro del "Gruppo tecnico inter istituzionale per la tutela della salute dai rischi ambientali" in quanto non si è riscontrata, nella Provincia di Trieste, presenza di desetil – desiso-propilatrazina (DACT) e vista la buona qualità dell'acqua destinata al consumo umano in linea con i parametri di legge (Lgs 31/2001). Si è partecipato al corso sulla qualità dell'acqua in Regione tenutosi a Gemona in data 12/05/2016 intitolato "Acqua potabile: La rete per la qualità".	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso	
Non si è preso parte al tavolo di lavoro del "Gruppo tecnico inter istituzionale per la tutela della salute dai rischi ambientali" in quanto non si è riscontrata, nella Provincia di Trieste, presenza di desetil – desiso-propilatrazina (DACT) e vista la buona qualità dell'acqua destinata al consumo umano in linea con i parametri di legge (Lgs 31/2001).	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.	Partecipazione delle aziende al tavolo VIS

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>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>1. E' stata inserita nell'applicativo t4HIA la scheda VIS della Ferriera di Trieste, come richiesto dalla Regione.</p> <p>2. Partecipazione all'incontro del 28 settembre a Palmanova.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Nel corso del 2016 la Regione ha proposto la formazione dei formatori. Partecipazione all'evento formativo AAS2_16192 Radon: rischi sanitari e interventi di risanamento e prevenzione", tenuto a Palmanova il 13 dicembre 2016. Obiettivo formativo n. 26 - Sicurezza ambientale e/o patologie correlate</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Formati 2 TdP. Effettuato 1 controllo (ottobre 2016 Ditta HARPO).</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH.	Collaborazione alla realizzazione di un evento formativo
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>La collaborazione si è concretizzata con la partecipazione all'evento formativo regionale: Rischio chimico nei cosmetici e in campo estetico: formazione nei confronti delle aziende "end users", tenuto a Udine il 16 giugno 2016, organizzato da ASUIUd.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviarli al COR, assicurare la trasmissione delle schede	- Dati inviati al COR (o altra struttura indicata dalla DCS).

ReNaM e trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica	- Schede ReNaM inviate al COR
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Nell' ultimo anno vi è stato un attivo interscambio di informazioni tra COR e SPSAL per la compilazione e raccolta dei questionari ReNaM relativi ai casi di mesotelioma. La collaborazione è stata ancora più intensa in relazione alla mancata possibilità di accedere a dati sanitari sui database delle Aziende Sanitarie per il rispetto della normativa sulla privacy.</p> <p>La ricerca attiva sui casi ha portato ad escludere la diagnosi di mesotelioma in circa un terzo dei casi segnalati. Sono stati definiti per diagnosi ed esposizione ad amianto 59 casi. Non vi sono importanti variazioni rispetto al passato; il genere più frequentemente colpito dalla patologia risulta quello maschile (88%) e l'età media alla diagnosi risulta di 74 anni. Prevalentemente si tratta di casi residenti in provincia di Trieste (44%) e Gorizia (33%). L'esposizione lavorativa (certa probabile possibile) risulta in quasi i tre quarti dei casi.</p> <p>Per la formazione l'UCO di Medicina del Lavoro ed il COR hanno organizzato convegno dedicato all'argomento: Patologie da amianto incontro con gli specialisti Trieste 27-05-2016.</p> <p>Già inviata relazione a livello regione FVG</p> <p>Tutte le schede ReNaM con evidenza di mesotelioma sono state inviate al COR (n. 18 schede).</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Piano per il monitoraggio biologico delle persone potenzialmente esposte nell'area del monfalconese e di Servola.</p> <p>Le AAS1, AAS2, AOOTS partecipano alle attività del programma pilota (raccolta dei campioni biologici e dei relativi questionari di esecuzione dei test)</p>	Almeno 200 campioni per area
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>L'attuazione dello studio è stata rinviata dalla Regione al 2017.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>L'attuazione dello studio è stata rinviata dalla Regione al 2017. La DCS, coordinatrice di progetto non ha mai attivato il percorso operativo.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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	<p>Nel corso del 2016 sulla base delle indicazioni regionali (10 azioni) le azioni saranno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mantenere gruppo di coordinamento interaziendale (AAS1, IRCCS, PLS, stakeholders) per la sorveglianza

	<p>dell'andamento dei tassi vaccinali e per la programmazione di azioni efficaci per all'aumento dei tassi</p> <p>2. mantenere l'informazione alle donne/ famiglie partecipanti ai Corsi di accompagnamento alla nascita nel post parto SCBADOFF –Consultori Familiari)</p> <p>3. sviluppare azioni di offerta attiva delle vaccinazioni, anche attraverso il raccordo Ambulatori Vaccinali dei Distretti- PLS sul singolo caso di ritardo vaccinale</p> <p>4. esplorare le cause di “disaffezione alle vaccinazioni” in età evolutiva secondo il modello WHO</p> <p>5. formazione degli operatori sanitari direttamente implicati nel counselling (ostetriche, pls, infermieri/ass. sanitari dei entri vaccinali, operatori di PS, di Nido)</p> <p>6. attuazione del nuovo calendario vaccinale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Il tavolo di coordinamento interaziendale si è riunito regolarmente 15/01, 10/02, 9/03, 28/07, 31/08, 25/10. Sono stati affrontati i temi legati all'informazione alle donne/ famiglie partecipanti ai Corsi di accompagnamento alla nascita nel post parto, lo sviluppo di azioni di offerta attiva delle vaccinazioni, anche attraverso il raccordo Ambulatori Vaccinali dei Distretti- PLS sul singolo caso di ritardo vaccinale, l'esplorazione delle cause di “disaffezione alle vaccinazioni” in età evolutiva secondo il modello WHO, l'attuazione del nuovo calendario vaccinale, con l'adozione delle conseguenti azioni preventive.</p> <p>E' stato effettuato un corso ECM “Il colloquio motivazionale” (cod. AAS1_16043) Sala A - Centro di Formazione Aziendale - Via de Pastrovich 5 - Parco di S. Giovanni Organizzata da: AAS1 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 - "Triestina" 20 e 21/06, 22 e 23/06, 14 e 15/11, 16 e 17/11</p> <p>E' stata rispettata l'offerta prevista nel calendario vaccinale regionale.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Segnalazioni raccolte ed inviate ai competenti uffici aziendali e regionali.</p> <p>Relazione prodotta dalla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino	Corso realizzato

(morbilli, malattie batteriche invasive) rivolto a MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere.	
Attuazione al 31.12.2016 Evento ECM Sorveglianza e prevenzione di malattie infettive prevenibili con vaccino (cod. ASUITS_00006) Trieste (TS) - Stazione Marittima di Trieste - Molo Fratelli Bandiera 07/06/2016 Organizzata da: ASUITS - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 Le Linee guida non risultano ancora completata dal tavolo regionale. ASUITS ha partecipato attivamente fornendo le parti di competenza e nello specifico la flow-chart aziendale del percorso collaborativo ospedale-territorio per la gestione dei casi TBC.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Attuazione al 31.12.2016 Il test viene assicurato in forma anonima e gratuita da ASUITS presso il Centro Malattie Sessualmente trasmesse -MST e presso la S.C. Malattie infettive del presidio ospedaliero; il percorso è esplicitato nella pagina internet aziendale, anche ai riferimenti delle due strutture coinvolte.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 La vaccinazione viene assicurata agli utenti appartenenti alla categoria a rischio in carico al centro MST in forma anonima e gratuita. E' stato siglato il protocollo congiunto e dal 01/10/2016 al 100% del gruppo target viene assicurata la vaccinazione on site secondo le modalità previste dal percorso formalizzato	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2016 Il monitoraggio è avvenuto regolarmente sia presso il centro MST che presso la S.C. Malattie Infettive	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
Attuazione al 31.12.2016 Inviati alla Direzione Regionale Salute i dati di monitoraggio.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 L'organizzazione dell'evento regionale è stata rinviata al 2017, la Struttura collabora alla sua realizzazione.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 Le "Linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia trasmessa da alimenti (MTA)" sono state adottate con Decreto del Direttore Generale n. 832 dd. 21/12/2016.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano
Attuazione al 31.12.2016 Piano regionale di sorveglianza e gestione delle arbovirosi trasmesse da zanzare (Aedes sp.) con particolare riferimento a virus Chikungunya, Dengue e virus Zika – 2016 (sul sito regionale: https://www.regione.fvg.it/rafvig/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/zanzara-tigre/allegati/ARBOVIRUS_FVG_VERSIONE_2_0_21_6_2016.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKewi76OGC9LfsAhUIDMAKHZmTC60QFggUMAA&usg=AFQjCNHCh5-Sk3aGG3Os4FwTcPffoYLoEg)	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016 Report inviati via e-mail.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 Partecipazione alla formazione sul campo organizzata da ASUIUd (codice AAS4_16012, Formazione operatori sanitari addetti al controllo per le pratiche estetiche, 02-5/05/2016).	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	- Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Attuazione al 31.12.2016 La formazione agli operatori è stata garantita. Nel 2016 è stato organizzato da ASUITS per conto della DCS l'edizione del corso "Antimicrobial Stewardship negli Ospedali del Friuli-Venezia Giulia: stato dell'arte e obiettivi futuri" che si è svolto a Udine il 31 maggio. Sono stati poi organizzati incontri formativi aziendali: 1 per area medica, 1 per area chirurgica, 1 Terapia Intensiva (ottobre novembre e dicembre 2016). Materiale disponibile.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 Sono state fatte le prime elaborazioni cumulative (regionali) relative al 2016, pervenute il 24 gennaio 2017, siamo in attesa di ricevere dalla direzione regionale i dati dei singoli centri per una verifica di congruità e di corretta estrazione dei dati dal database regionale, prima di procedere ad un report ufficiale	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016 Effettuato censimento delle sedi di ristorazione collettiva pubblica soggette a gara. Inviato report alla Regione prot. GEN.63165/T-GEN.IV.1.E. dd 30.12.16.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 Rilevata la presenza del sale iodato nel 72% degli esercizi di vendita e nel 70 % delle ristorazioni collettive. Emessa prescrizione di acquisto, utilizzo o vendita di sale iodato nelle imprese dove è stata rilevata l'assenza dello stesso.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011	Realizzazione di un evento formativo/informativo
Attuazione al 31.12.2016 Evento regionale effettuato in data 13.12.16. Postato sul sito aziendale in data 30.12.16 materiale informativo relativo all'evento regionale.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.17. Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale	AAS1 si impegna a: - ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare; - attuare con maggior incisività il progetto Piccole Produzioni Locali;

	<ul style="list-style-type: none"> - programmare attività di audit; - effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA; - attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini - attuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto - applicare il Decreto Ministeriale sulle misure di eradicazione della Scrapie su base genotipica; - ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello Regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p><u>SCIAN</u></p> <p>Effettuati 710 interventi ispettivi (prime ispezioni).</p> <p>Eseguiti 6 audit</p> <p>Effettuati 132 campioni di cui 117 come da piano di campionamento regionale.</p> <p>Eseguite 508 valutazioni del rischio.</p> <p>Eseguiti 6 controlli congiunti con il Servizio Veterinario -B</p> <p><u>VETA:</u></p> <p>monitoraggio condizionalità AGEA: effettuati i monitoraggi nelle 4 aziende richieste – (vedi sotto)</p> <p>piano monitoraggio Aujeszky: effettuati tutti i controlli previsti– (vedi sotto)</p> <p>controlli sul benessere animali: effettuati tutti i controlli richiesti da UVAC E dal PQSA – (vedi sotto)</p> <p>eradicazione della Scrapie: effettuati i controlli sui cinque allevamenti soggetti al piano – (vedi sotto)</p> <p>anagrafe ovi caprina: effettuati sette controlli (su tre richiesti) – vedi sotto</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Il Dipartimento di Prevenzione ha partecipato con un proprio rappresentante ai lavori del gruppo regionale impegnato nella stesura del nuovo “Protocollo Regionale sulle tossinfezioni”, pubblicato in data 24/11/16. Con Decreto del Direttore Generale ASUITs n. 832 dd 21/12/16, si è provveduto a l’adozione delle “Linee guida regionali pe la gestione di un caso/focolaio di malattia trasmesso da alimenti (MTA)”.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 Effettuato il 100% dei monitoraggi richiesti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Regionale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2015</p>	<p>Rispetto degli interventi programmati per il 2016 relativi a:</p> <p>SIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>VET. B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>SIAN:</p> <p>Effettuati 710 interventi ispettivi (prime ispezioni).</p> <p>Eseguiti 6 audit</p> <p>Effettuati 132 campioni di cui 117 come da piano di campionamento regionale.</p> <p>Eseguite 508 valutazioni del rischio.</p> <p>Vet B:</p> <p>Sono stati effettuati 492 interventi ispettivi nelle imprese alimentari registrate e riconosciute, in linea con la programmazione</p> <p>Sono stati effettuati 2 AUDIT. Riduzione del 50% dell'attività programmata per chiusura dei CSM</p>	

gall. (centri di spedizione dei mitili) causa la persistenza nel secondo semestre delle problematiche relative alle biotossine algali e relativa chiusura dell'attività dei Centri di Spedizione.

E' stato effettuato il 100% dell'attività di campionamento programmata.

Sono stati effettuate 15 valutazioni del rischio nelle imprese alimentari registrate e riconosciute.

Come da accordo Stato Regioni sono stati effettuati 6 controlli congiunti tra SIAN e Servizio Veterinario nelle imprese alimentari registrate.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	<p>Informazione rivolta alle Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015.</p> <p>Relazione finale di verifica indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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...

Attuazione al 31.12.2016

In linea con la programmazione. Relazione finale sull'attività ispettiva e di campionamento nelle Aziende che hanno aderito al progetto PPI territoriale.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 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 al 31.12.2016

Sono stati sottoposti a controllo i cinque allevamenti soggetti al piano.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 al 31.12.2016

Sono stati effettuati tutti i controlli previsti ad inizio anno 2016 ed anche i controlli aggiuntivi richiesti in corso d'anno dalla Direzione Regionale al fine dell'approvazione del piano per l'ottenimento della qualifica di Regione Ufficialmente Indenne da parte della Commissione Europea, per un totale di 12 interventi di campionamento in allevamento (attività registrata su Banca Dati Nazionale Allevamenti, sezione Controlli).

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 al 31.12.2016 Sono stati effettuati tutti i controlli richiesti dall'Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari del Friuli Venezia Giulia (9 controlli) e tutti i controlli sul benessere richiesti dal PQSA (9 controlli), in attesa delle linee guida della Task Force Regionale, non ancora emanate.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 Sono stati effettuati sette controlli invece dei tre richiesti, in quanto propedeutici per i controlli sui riproduttori ovis e caprini (attività registrata in Banca Dati Nazionale degli Allevamenti, sezione Allevamenti Ovis e Caprini).	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016 Sono state sottoposte a controllo le tutte e sei le strutture registrate nel territorio della Provincia di Trieste.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

La ristrutturazione delle sedi per i CAP D1, D2 e D4, è stata effettuata entro il 2016.

Il CAP del Distretto 3, ubicato a Muggia, in via Battisti 6, risulta attivo nel corso del 2016.

Nel primo trimestre del 2017 sono stati attivati un CAP presso il Distretto 2 ed un CAP presso il Distretto 4.

Con Decreto del Direttore Generale n. 332 dd. 22/06/2016 sono state istituite due AFT per Distretto, ricomprendenti tutti i MMG della Provincia.

Raccolta adesioni alle MGI. Al 31.12.2016 protocollate n. 13 domande. Si precisa che sono pervenute n. 2 domande entro il 30 settembre 2016 e le restanti 11 entro il 31 dicembre 2016.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso:

Nelle more del percorso di attivazione è intervenuta la modifica dell'AIR con DGR n. 2249 dd. 24/11/2016, che ha modificato il procedimento per il riconoscimento delle MGI.

Con nota n. 62402 dd. 27/12/2016, ASUITS, alla luce delle intervenute modifiche del percorso autorizzativo, ha richiesto la valutazione da parte dell'apposito gruppo tecnico in seno al Comitato Regionale non solo per le domande pervenute entro il 30 settembre 2016, bensì per tutte le domande intervenute fino al 24 novembre 2016.

Infine, solo con nota prot. n. 2258 dell'1 febbraio 2017, la DCS ha esteso a tutte le domande pervenute entro il 31 dicembre 2016 la possibilità di essere riconosciute quali nuove MGI, ferma

restando l'effettuazione delle verifiche aziendali. Pertanto, solo nel corso del 2017 si sono potute avviare le procedure di verifica per il riconoscimento delle nuove MGI.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I CAP PRESSO IL DISTRETTO 2 E 4 DI ASUITS SONO STATI AVVIATI SOLO NEL PRIMO TRIMESTRE 2017. SOLO 1 CAP (MUGGIA) RISULTA ATTIVO NEL 2016

3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari	
Accreditamento	
<p>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).</p> <p>Per tali verifiche l'AAS 1 e AOITS metteranno a disposizione come ogni anno alcuni valutatori/tecnici esperti (2 +il referente aziendale)</p> <p>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.</p> <p>Gli obiettivi per il 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>In particolare per AOITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	
Attuazione al 31.12.2016	
<p>Dal 26/04 al 02/05/2016 ASUITs ha sostenuto la visita di accREDITamento istituzionale degli ospedali da parte dei valutatori indicati dalla regione FVG.</p> <p>Durante la stessa sessione di visita è stata effettuata l'analisi di conformità agli standard specifici della Nefrologia/dialisi (accREDITabilità a pieno titolo).</p> <p>In data 28/06 è stato condotto il I monitoraggio (intermedio) su un set di standard sui quali era stato prescritto un piano di adeguamento con esito positivo.</p> <p>Dal 08/11 al 10/11/2016 è stata condotta la visita di accREDITamento istituzionale del Dipartimento Immunotrasfusionale (sedi di Cattinara, Maggiore, Burlo, Monfalcone, Gorizia).</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

L'attività sia a favore di persone con disabilità che con disagio sociale o sanitario è stata strutturata e ben codificata.

Si è organizzata adeguatamente l'attività presso la casa circondariale con eliminazione della lista di attesa ereditata dalla precedente gestione. L'attività è svolta da un professionista settimanalmente per 5 ore. Sono stati visitati i carceri di Pordenone, Tolmezzo, Udine ed è stata riorganizzata la logistica, la strumentazione e le modalità di offerta assistenziale.

Il lavoro svolto nel 2016, di supporto e analisi del bisogno per le fasce più deboli dei residenti in Regione e per queste categorie di persone prima non garantite, hanno permesso di definire le modalità di fornitura delle protesi dentarie (si fa presente che è previsto un incontro in teleconferenza il giorno 5 maggio tra il prof. Di Lenarda e la Commissione per la sanità penitenziaria).

Nel 2016 si è avviato il percorso di applicazione della delibera regionale: il coordinatore regionale ha visitato tutti i 26 centri erogatori regionali ed in particolare quello di Gorizia, anche a seguito della necessità di sostenere l'attività a seguito della sospensione prima e del licenziamento poi di due odontoiatri del SSR.

Sono state espletate le gare EGAS per i beni inventariabili 2016. Mensilmente si sono svolti i programmati incontri con i referenti aziendali del programma regionale.

Ad intervalli regolari si sono svolti incontri con le direzioni sanitarie e strategiche.

Sono stati attivati i 5 PSO, i 4 ambulatori di protesi e i 3 ambulatori di ortodonzia.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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)

Attuazione al 31.12.2016

La rete è stata attivata con la nomina dei referenti aziendali sia della rete delle cure palliative che della rete della terapia del dolore. L'organizzazione complessiva di entrambe e la riorganizzazione dei servizi e dei professionisti impegnati sarà completata a seguito dell'adozione dell'atto aziendale nel 2017. E' stato previsto il coordinamento delle attività a livello distrettuale.

I referenti partecipano ai tavoli regionali .

ASUITS mantiene a livello ospedaliero le attività di specialistica ambulatoriale e di trattamento del dolore (dolore acuto post-chirurgico e ambulatorio dolore cronico).

E' stata organizzata e realizzata la formazione per MMG e medici SCA. Rispetto alla formazione sulle cure palliative nel 2016 si è svolto un corso per i medici della continuità assistenziale (cod 00074 dal titolo "Il Servizio di Continuità Assistenziale: percorsi di approfondimento") che prevedeva una serie di incontri a tema.

Il giorno 30/9 è stato dedicato ad un corso sul tema "la terapia del dolore oncologico" ad opera del Centro Sociale Oncologico.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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).

Attuazione al 31.12.2016

E' stato attivato il tavolo clinico per la redazione del piano per la salute mentale a respiro regionale. Il primo incontro si è tenuto il 14 luglio. E' stato calendarizzato un secondo incontro per il 22 settembre 2016.

E' stata discussa, nell'ambito di 2 incontri con i direttori di ASUITS, l'ipotesi di attivazione dell'equipe rivolta a contrastare i problemi comportamentali dei tardo adolescenti e dei giovani adulti.

Un terzo incontro si è tenuto il 9 novembre, ed inoltre sono attivi tavoli sugli obiettivi specifici per

la tutela della salute mentale degli adulti e approfondimenti su obiettivi comuni con altri servizi (distretti, NPI e dipendenze).

Il Direttore del DSM, come rappresentante dell'ASUITS, ha attivamente partecipato a tutti questi momenti e ha steso la versione in bozza degli obiettivi.

Il lavoro prosegue nel 2017.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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

Attuazione al 31.12.2016

Oltre alla persona che nel corso del 1° quadrimestre è stata accolta presso il CEIS di Belluno per complessive 46 giornate di ricovero ed un costo di 1.635 €, non vi sono stati ulteriori accoglimenti nel corso del 2° semestre.

Per completezza dei dati, si segnala la prosecuzione di un PTRI / BdS (da febbraio 2015) a favore di una persona, trasferitasi a Trieste con la famiglia per finalità terapeutiche, finalizzato al successivo riavvicinamento al territorio di provenienza (in regione Campania). L'impegno di spesa è stato ridotto da 50.000 a 40.000 euro annui

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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).

Attuazione al 31.12.2016

98 persone under 26 sono entrate per la prima volta in contatto con i CSM nel 2016.

Per 3 di esse vi è stata una valutazione congiunta con le SC BADOE.

A 17 persone è stato diagnosticato un disturbo psicotico, 4 persone non erano first ever mentre in 3 casi l'esordio era concomitante all'utilizzo di sostanze psicotrope.

La durata media della DUP (durata di psicosi non trattata) è stata di 85 giorni.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

Attività di promozione della salute e riconoscimento precoce delle situazioni di	I CSM partecipano e contribuiscono ad attività di aggregazione giovanile, in
--	--

fragilità e rischio suicidario.	particolare nell'ambito del Progetto "Qualcosa è cambiato" e del sito www.conTatto.me
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Dal gestionale pSM risulta che 233 persone sono in contatto con i CSM tra 18 – 25 anni. 52 persone (23%) sono state coinvolte nelle attività espressive, di aggregazione, benessere e partecipazione per complessive 791 partecipazioni ad eventi registrati nel gestionale pSM. Il personale dei CSM, coinvolto nel progetto "Qualcosa è cambiato" contribuisce alle attività di aggregazione giovanile.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 BADOFF.
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>3 persone sono state prese in carico congiuntamente con le SC BADOFF ed i servizi di NPI del Burlo nel corso dell'anno ed altre 4 in coordinamento con i servizi ospedalieri.</p> <p>Due persone, una maggiorenne ed una minorenni, sono state inviate dall'ASUITs nel corso del 2016 per trattamento residenziale (60 gg.) presso il Centro DCAP di Portogruaro – ULLS 10 Veneto Orientale, come da accordo di collaborazione a sensi Del. N. 979/14 Giunta Regionale del FVG.</p> <p>Sono stati formalizzati sia il protocollo per il DCA dei minori che quello per gli adulti, in attesa della definizione del PDTA per tutta l'area dei DCA prevista per il 2017.</p> <p>Partecipazione attiva al tavolo tecnico regionale per il percorso di definizione del PDTA (dr.a Cannata).</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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.</p> <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 ed adottando la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.</p> <p><i>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.</i></p>	

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

Attuazione al 31.12.2016

Il DSM di ASUITS continua con un più che soddisfacente utilizzo del gestionale pSM.

Permane l'esclusione dei dati di attività del DSM di ASUITS dal portale regionale nella sezione salute mentale.

Gli archivi generati da pSM sono stati forniti ad Insiel per adempiere all'obbligo informativo previsto per il SIMS relativo agli anni 2014 – 2015 ed al 1° semestre 2016.

Si segnala che, dal Rapporto SISM relativo al 2015 e diffuso dal Ministero della Salute il 14 dicembre 2016, i dati d'attività del DSM dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste erano esclusi.

Il mhGAP-IG (Guida Interventi) è stato approntato per la versione a stampa.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

Solo la persona seguita dal CSM dell'AAS n.2 è ospite della REMS con permesso nei giorni feriali di accoglienza presso il CSM Alto Isontino.

Sono stati forniti tutti i dati al Commissario Straordinario per il Superamento degli OPG Sen. Franco Corleone per la stesura delle relazioni trimestrale e semestrale in merito.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

Dipendenze

Obiettivo Aziendale

Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.

Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.

Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.

Risultato atteso

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.

3. Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.

4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome in continuità con il 2015.

Attuazione al 31.12.2016

Costante la partecipazione ai lavori del tavolo regionale in particolare:

1. Partecipazione al 100% dei tavoli dell'Osservatorio (definizione delle linee guida per l'accreditamento delle Comunità Terapeutiche)

2. Inviato il flusso ministeriale SIND

3. Partecipazione al 100% dei tavoli sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale (borse studio e lavoro)

4. Definiti gli indicatori di out come e le modalità di raccolta dei dati (drop out dei soggetti in trattamento per dipendenza da sostanze illegali, astinenza a 6 mesi nei tabagisti trattati, n. overdose, n. suicidi tra gli utenti in carico)

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Risultato atteso

Evidenza al 30 giugno 2016 del Protocollo

2016 il protocollo operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari	operativo locale redatto in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari
Attuazione al 31.12.2016 In data 29/06/2016 è stato sottoscritto il protocollo d'intesa tra Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, e la Casa Circondariale di Trieste. Nota prot. N. 3651/2016	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

Riabilitazione

Nel corso del 2016 si prevede di:

1. 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.
2. Individuare dei 73 pl di riabilitazione estensiva presso le RSA (che dovranno essere accreditati nel 2016)
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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.
7. Individuare le modalità con cui valutare i bisogni delle persone ricoverate da inviare nei diversi setting previsti nelle RSA (attualmente si sta svolgendo una sperimentazione della nuova scheda di continuità assistenziale ed un monitoraggio della tenuta dell'offerta riabilitativa per le persone che trovano, secondo la valutazione multidimensionale, nella RSA l'uscita maggiormente appropriata)

Attuazione al 31.12.2016

- 1) I professionisti individuati hanno partecipato ai lavori del tavolo tecnico regionale per la elaborazione del piano della riabilitazione nel 2015, mentre nel corso del 2016 la Regione non ha organizzato ancora alcun incontro
- 2) è stata condotta una analisi dei bisogni riabilitativi dei ricoverati dal 31/7 al 31/12/16. Da questa si evince che su 1480 utenti:
 - il bisogno riabilitativo rilevato è pari all'81% della popolazione ricoverata nelle RSA
 - tra le persone che hanno effettuato attività riabilitativa il 71% ha raggiunto gli obiettivi

- riabilitativi che erano stati definiti all'ingresso in sede di stesura del PAI
- un aumento del punteggio Barthel rilevato all'ingresso in struttura ed alla dimissione in 885 persone sulle 1134 di cui si disponeva del dato, pari al 78%, nel 18% dei casi il punteggio è rimasto invariato, è peggiorato nel 4% dei casi
 - i programmi riabilitativi maggiormente eseguiti sono stati il programma di trattamento riabilitativo di almeno 30 minuti (33%), e il programma che associa il trattamento riabilitativo di almeno 30 minuti e l'attività di gruppo (11%).
 - la destinazione dopo la dimissione delle persone ricoverate vede il Domicilio nel 66% dei casi come dato generale
 - le giornate di degenza sono al di sotto dei 30 giorni di media in tutte le RSA
- 3) È stata mantenuta l'organizzazione della Medicina riabilitativa ospedaliera. Non incrementati i p.l. per attività di DH in quanto non ritenuti necessari.
 - 4) Letti di post-acuzie dismessi (Vedi cap 3.2 della relazione alla gestione)
 - 5) Si mantiene la rete delle GCA in tutti i setting (Spoke O,A,T) pur in assenza dell'adeguamento ai requisiti del personale medico ed assistenziale
 - 6) ASUITs ha mantenuto nel corso dell'anno, attraverso incontri periodici, la valutazione dei protocolli esistenti; a tale proposito sono stati organizzati anche percorsi formativi avvalendosi della collaborazione della Regione Toscana che sta sperimentando l'utilizzo di MeS-Bersaglio di riabilitazione. Inoltre sono stati attivati interventi propedeutici alla informatizzazione del percorso di continuità riabilitativa nell'ambito dei progetti POR-FESR
 - 7) Attualmente si sta svolgendo la sperimentazione di una nuova scheda per valutare i bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone ricoverate presso le RSA

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	NEL CORSO DEL 2016 LA REGIONE NON HA ORGANIZZATO ALCUN INCONTRO DEL TAVOLO TECNICO IN MATERIA DI RIABILITAZIONE
<p>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).</p> <p>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)</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Nessuna informatizzazione alla data del 31.12.2016.</p> <p>Sarà necessario rivedere la procedura di continuità riabilitativa alla luce dei dati emersi dall'analisi dei bisogni riabilitativi degli utenti delle RSA e del dato storico, secondo il quale il 40% dei</p>	

ricoverati nei reparti per acuti necessita di riabilitazione estensiva post dimissione

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

Nel corso del 2016 sono continuati gli incontri integrati tra operatori di ASUITS e IRCCS Burlo Garofolo sui temi del Percorso Nascita e della continuità di cura a donne in gravidanza, parto e puerperio.

I documenti finali prodotti sono stati inoltrati alle Direzioni Sanitarie in data 22 dicembre 2016.

Dal 10/10/2016 al 31/12/2016 si è svolto un percorso di formazione sul campo "La continuità di cura ospedale territorio per la gestione delle gravidanze a rischio psicosociale" cui sono stati assegnati 8 crediti. In data 23/12/2016 il documento finale bozza di protocollo è stato inviato a Coordinamento Distretti.

Il giorno 20/12/2016 si è svolto il primo incontro dei gruppi di lavoro sull'allattamento al seno di ASUITS e di IRCCS in cui sono stati discussi i dati sulla continuità ed Accoglienza Mamma Bambino (tesi di laurea triennale in Ostetricia), i dati di rilevazione regionale sull'allattamento al seno ed il Piano d'azione per il 2017.

Dati di attività Percorso Nascita ASUITS, anno 2016:

- n. donne che hanno partecipato ai corsi di Accompagnamento alla Nascita: 954 (67% delle gravidanze di donne residenti a Trieste);
- n. di bilanci di salute- Accoglienza Mamma Bambino: 1165 (82.5% delle madri residenti a Trieste)

Tasso di allattamento esclusivo alla 2° vaccinazione (dati dal sistema di rilevazione regionale): 42.99% (dato FVG 30.34%).

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

Al 31.12.2016 è stato redatto il "PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CURA DEL DIABETE NELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE". Tale piano, steso in linea con il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica e le Linee di Indirizzo Regionali, è stato condiviso con tutti gli interlocutori e gli attori coinvolti nella prevenzione e nella cura della malattia diabetica per la parte di loro competenza (operatori aziendali operanti nel territorio ed in ospedale, MMG, pediatri e ginecologi afferenti al Burlo).

Il modello organizzativo di riferimento previsto dal Piano è quello di una "rete" costituita dai servizi specialistici (ospedalieri e territoriali) e dal gruppo di operatori che operano esclusivamente in ospedale o sul territorio di cui fanno parte il MMG/PLS, i medici, l'infermiere, il dietista, il farmacista e i volontari delle associazioni.

Il Piano, ha individuato 4 aree e contesti di organizzazione ed intervento della rete:

- 1) Gestione condivisa ed integrata della persona adulta a rischio di sviluppare diabete o con diabete mellito tipo 2 e tipo 1 in ambito territoriale.
- 2) Gestione condivisa ed integrata del giovane a rischio di sviluppare diabete o con diabete in età evolutiva e la transizione.
- 3) Gestione condivisa ed integrata dell'iperglicemia e del diabete in ospedale
- 4) Gestione condivisa ed integrata del diabete gestazionale.

Nel secondo semestre del 2016 sono state rese operative diverse aree della rete, con la messa in atto dei PDTA previsti, con particolare riferimento alla gestione del giovane con diabete in età evolutiva e la transizione, alla gestione del diabete gestazionale ed alla gestione della persona adulta con diabete mellito tipo 2 e tipo 1 in ambito territoriale.

Si sta attualmente lavorando per rendere operativa la rete nelle aree della gestione integrata della persona adulta a rischio di sviluppare diabete o con diabete mellito tipo 2 e della gestione condivisa dell'iperglicemia e del diabete in ospedale.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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:
 - o Estensione della formazione ESDM ad altri operatori oltre coloro i quali sono stati certificati nel 2015.

- o 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.

Attuazione al 31.12.2016

Presenza in carico tutti i nuovi casi < 48 mesi secondo PDTA: 13/14 Il bambino che non ha seguito il protocollo è dovuto a scelta diversa dei genitori. " bambine degli 11 hanno abbandonato il trattamento per trasferimento in Africa. (il distretto 3 non ha inviato i dati)

Estensione della formazione ESDM: si è costituito un gruppo aziendale inizialmente formato dagli operatori certificati ed in seguito allargato agli operatori che trattano bambini autistici nei team riabilitativi al fine di confrontarsi sulle migliori modalità per integrare il protocollo ESDM con la presa in carico globale. Gli stessi incontri sono stati utilizzati anche per supervisioni di gruppo sui trattamenti in corso. Il gruppo si riunisce con cadenza mensile. Prosecuzione della formazione per il trattamento psicoeducativo > 48 mesi: non sono stati attivati corsi di formazione specifica per bambini in questa fascia d'età in attesa delle linee guida regionali

Sviluppare percorsi di continuità coi servizi dell'età adulta: nel 2016 ha iniziato i lavori il tavolo salute mentale presso il quale partecipano il direttore della SC BADOF D1 e il Direttore del DSM. In quel tavolo si è affrontato il tema della transizione e si è deciso di individuare precise modalità e responsabilità per l'autismo. I lavori procederanno anche nel 2017 per l'emanazione del Piano Regionale Salute Mentale con la pubblicazione delle decisioni in merito alla transizione dei disturbi dello spettro:

Registro aziendale e monitoraggio applicazione PDTA: dal 8.11.2016 di è stato approvata dal gruppo dei referenti aziendali un modello di registrazione dei casi in carico con diagnosi di disturbo dello spettro autistico composto da vari campi tra cui, modalità di invio, di formulazione della diagnosi, di trattamento ecc. Il registro non ha ancora una formalizzazione, ma viene aggiornato con regolarità.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.2016	
A seguito anche dell'accordo Accordo di collaborazione tra ASUITs, Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute dell'Università degli Studi di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste e Consorzio per il Centro di Biomedicina Molecolare Scrl per razionalizzare e potenziare le attività di acquisizione, progettazione e gestione di finanziamenti di	

bandi competitivi per progetti di ricerca e assistenza l'Azienda ha già presentato:

- 1) Bando regionale ex art.15 della LR 17/2014: 7 progetti come Azienda LP; Associazione ad altri 8 progetti.
- 2) Bando sulla Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute per l'anno 2016: tre proposte progettuali (due per Giovani ricercatori)
- 3) Bando POR-FESR 2014-2020 (Strategia Smart Health): due progetti come LP; Associazione ad altri 7 progetti
- 4) Bando programma InterRegV 2014-2020, progetti standard: quattro progetti come PP (tre nell'Asse prioritario nr.4 ed uno nell'Asse prioritario nr.1). Associazione ad altre due proposte.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO LA PRESENTAZIONE I PROGETTI AI SENSI DEL BANDO REGIONALE EX ART. 15 DELLA LR 17/2014 E L'ADESIONE AL BANDO RICERCA FINALIZZATA NON POSSONO ESSERE CONSIDERATE INIZIATIVE/PROPOSTE PROGETTUALI A VALERE SU PROGRAMMI EUROPEI O DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, TRATTANDOSI DI FINANZIAMENTI SOLO STATALI E REGIONALI.
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.
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>La progettazione dell'attività di scambio con i paesi partner nell'ambito del piano di lavoro quadriennale concordato con l'OMS è proseguita nel 2016 così come le visite.</p> <p>Nell'ambito del programma QualityRights dell'OMS ed in seguito all'avvio della collaborazione con l'ONG indiana Banyan in cui sono state messe a punto strategie di intervento rivolte alle donne indiane espulse dal nucleo familiare a causa del disturbo psichico di cui soffrono, nel 2° quadrimestre si è svolta una visita/missione a Chennai del Direttore del CC OMS. Tale importante progetto prevede una serie di scambi atti a consolidare le migliori pratiche nella salute mentale nella più ampia cornice del programma dell'OMS di Ginevra WHO QualityRights, il progetto del CC OMS che intende sostenere l'approccio ai diritti umani nelle istituzioni.</p> <p>Due operatrici del CC OMS hanno potuto usufruire di un percorso formativo intensivo (5 giorni) dedicato al Tool Kit QualityRights.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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 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 AOUTs partecipino attivamente alle iniziative di cooperazione e coordinamento delle ricerche proposte dal comparto</p>	

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, AOUs 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:

AOUs:

- 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.

Attuazione al 31.12.2016

- CBM: attivato l'accordo di collaborazione. Si svolgono regolarmente incontri tra i professionisti individuati dalle Direzioni di ASUITs, Università degli Studi e IRCCS-Burlo
- sviluppo collaborazioni Area UE: attivate azioni propedeutiche alla elaborazione e presentazione dei progetti ai Bandi Regionali e internazionali

- sviluppo di collaborazioni tra aree geografiche transfrontaliere: progetto STEMI non attivato. In attesa accordo tra Regione e Stato della Slovenia
- collaborazione istituzionale strategica in altre aree geografiche extra UE: programma ben avviato. Conclusa la prima fase (indagine del bisogno informativo/formativo del personale medico ed infermieristico e tecnico condotto presso le tre sedi camerunensi individuate nel progetto). L'Azienda partecipa anche al successivo bando
- condurre a termine le attività inerenti i progetti di ricerca finalizzati del Ministero della Salute: attività in linea. Presentato i rendiconti intermedi previsto dal bando per 3 progetti (due come PI).
- partecipazione ai programmi POR-FESR: VEDI Obiettivo precedente. La partecipazione al Bando è stata garantita con risorse interne, senza l'acquisizione di una figura dedicata
- violenza di genere: viene garantita la partecipazione al progetto SoStegno Donna.

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.

Valutazione Direzione Regionale Salute	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>LA PRESENTAZIONE I PROGETTI AI SENSI DEL BANDO REGIONALE EX ART. 15 DELLA LR 17/2014 E L'ADESIONE AL BANDO RICERCA FINALIZZATA NON POSSONO ESSERE CONSIDERATE INIZIATIVE/PROPOSTE PROGETTUALI A VALERE SU PROGRAMMI EUROPEI O DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, TRATTANDOSI DI FINANZIAMENTI SOLO STATALI E REGIONALI.</p>
<p>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.</p> <p>AAS1 su delega della regione FVG coordina l'attività dei 20 distretti regionali.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Su indicazione del Direttore Centrale Salute ed Assessore Regionale, si è tenuto un incontro finale il 19 settembre 2016 con tutti i referenti di progetto regionale per condivisione dei risultati raggiunti e programmazione attività future. E' nel frattempo partita l'analisi del progetto in preparazione di un bando gara regionale per attivare un sistema di telemonitoraggio domiciliare per i pazienti con scompenso cardiaco post-dimissione in regione FVG.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

Documento reso definitivo, discusso collegialmente e deliberato dalla Giunta Regionale.

Sono proseguiti nel 2016 i tavoli di condivisione promossi dalla Direzione Centrale Salute.

Valutazione Direzione Regionale Salute**OBIETTIVO STRALCIATO**

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

Attuazione al 31.12.2016

E' stato aggiornato il PDTA Scopenso e sono state condotte azioni formative/informative mirate con le UO Medicina, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale specificatamente sul PDTA post-dimissione per i pazienti con SCC

E' stato fatto un preliminare lavoro di verifica aziendale e regionale sull'appropriatezza della verifica delle esatte codifiche SDO per ricoverati nelle aree non afferenti alla Cardiologia (caratteristiche cliniche, tipologia eventi pre-post, utilizzo di farmaci cardiovascolari ed esecuzione indagini strumentali specifiche pre-post ricovero)

Sul punto del miglioramento della gestione del paziente con scompenso lieve che accede al pronto soccorso è stata fatta una riunione preliminare, interlocutoria in attesa delle indicazioni che scaturiranno dal cambio di gestione della SC Pronto Soccorso.

Nel 2016 è stato incrementato il numero dei pazienti residenti in Provincia di Trieste dimessi con diagnosi di Scompenso cardiaco verso l'ambulatorio specialistico del Dipartimento Cardiovascolare e verso il CCV territoriale entro 30 giorni da 761 a 1003 (+24%).

Per quanto riguarda lo 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 sono state eseguite 3 riunioni (D3 Muggia, D2, D4) per impostare i protocolli operativi relativi alla collaborazione tra CCV e MMG all'interno dei CAP. È stata organizzata una attività di medicina di iniziativa su pazienti con scompenso cardiaco ad alto rischio (almeno 2 ricoveri) per una gestione condivisa ed una progressiva presa in carico della Medicina Generale.

Protocollo e Percorso Amministrativo per la caratterizzazione Genetica delle Cardiomiopatie presso IRCCS Burlo sono operativi. Il Protocollo che sancisce la Collaborazione IRCCS Burlo ed ASUITS è definito. La parte "clinica" relativa alla messa a disposizione reciproca di competenze cliniche è definita.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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)

Attuazione al 31.12.2016

Nell'anno 2016 abbiamo avuto 85 pazienti incidenti in terapia sostitutiva rispetto ai 65 del 2015; ne abbiamo inseriti in Dialisi peritoneale 25 (29%); nel 2015 erano stati 11 (17%).

Al 31 dicembre 2016 i dializzati peritoneali erano 43 (in aumento rispetto ai 32 di un anno prima), gli emodializzati 175 (in calo rispetto a 179 dell'anno precedente) ed i trapiantati seguiti in ambulatorio 125 rispetto a 128, nonostante 15 trapianti eseguiti nell'anno rispetto agli 11 del 2015. Per 13 pazienti si è eseguito un trapianto da cadavere e 2 pre-emptive (1 da vivente ed 1 doppio da cadavere a criteri estesi). Tuttavia si sono verificate 18 uscite complessive dal pool (7 uscite per perdita del graft, 9 decessi e 2 trasferimenti fuori provincia).

Le RSA che nell'anno 2016 sono state in grado di accogliere pazienti in dialisi peritoneale sono state due di cui una convenzionata; alla fine dell'anno se ne è aggiunta una terza. Un paziente ha occupato il posto in CdR. Continua l'addestramento alla Dialisi Peritoneale del personale dei Distretti e la collaborazione per assicurare continuità assistenziale ai pazienti trapiantati e dializzati anche a domicilio e sostegno alle famiglie.

L'indicatore regionale (rapporto Emodializzati/totale dializzati+trapiantati) risulta $175/343 = 51\%$ nonostante l'attivazione effettuata su tutte le linee.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

All'aumento dei dializzati peritoneali ed alla riduzione degli emodializzati ottenuta ha fatto riscontro un eccesso di uscite dal pool di trapiantati nonostante la attiva politica di trapianto sostenuta. Su numeri piuttosto piccoli come questi un fenomeno modesto ha effetti evidenti.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
---	---

- 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 proponibili 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

Attuazione al 31.12.2016

Eseguiti nell'anno 2016 15 trapianti: 13 trapianti da cadavere, 1 da vivente pre-emptive ed 1 doppio da cadavere "a criteri estesi" (c.d. marginale). Abbiamo inserito in lista di trapianto 19 pazienti di cui 17 hanno effettuato il percorso di immissione entro 6 mesi (89%), alcuni anche per rene doppio a criteri estesi (c.d. marginale). Si allega elenco anonimizzato dei pazienti inseriti in lista di trapianto nell'anno. Abbiamo mantenuto così il numero di pazienti in lista al 31 dicembre invariati (erano 28; sono 29) nonostante l'elevata attività di trapianto effettuata.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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)

Attuazione al 31.12.2016

L'obiettivo è stato raggiunto per quanto attiene il trattamento HCV.

Il resto del programma regionale è stato rinviato al 2017 con la definizione degli altri percorsi per le patologie rientranti nella rete (vedi programma incontri rete presso Assessorato regionale Salute previsto in data 27 aprile 2017 per definire il completamento nel 2017)

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
---	-----------------------------

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).

Attuazione al 31.12.2016

Al 31.12.2016 è stato redatto il "PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CURA DEL DIABETE NELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE". Tale è stato redatto con la partecipazione di tutti gli interlocutori e gli attori coinvolti nella prevenzione e nella cura della malattia diabetica per la parte di loro competenza (operatori aziendali operanti nel territorio ed in ospedale, MMG, pediatri e ginecologici afferenti al Burlo).

Il modello organizzativo di riferimento previsto dal Piano è quello di una "rete" costituita dai servizi specialistici (ospedalieri e territoriali) e dal gruppo di operatori che operano esclusivamente in ospedale o sul territorio di cui fanno parte il MMG/PLS, i medici, l'infermiere, il dietista, il farmacista e i volontari delle associazioni.

Il Piano, ha individuato 4 aree e contesti di organizzazione ed intervento della rete:

- 1) Gestione condivisa ed integrata della persona adulta a rischio di sviluppare diabete o con diabete mellito tipo 2 e tipo 1 in ambito territoriale.
- 2) Gestione condivisa ed integrata del giovane a rischio di sviluppare diabete o con diabete in età evolutiva e la transizione.
- 3) Gestione condivisa ed integrata dell'iperglicemia e del diabete in ospedale
- 4) Gestione condivisa ed integrata del diabete gestazionale.

Nel secondo semestre del 2016 sono state rese operative diverse aree della rete, con la messa in atto dei PDTA previsti, con particolare riferimento alla gestione del giovane con diabete in età evolutiva e la transizione, alla gestione del diabete gestazionale ed alla gestione della persona adulta con diabete mellito tipo 2 e tipo 1 in ambito territoriale.

Si sta attualmente lavorando per rendere operativa la rete nelle aree della gestione integrata della persona adulta a rischio di sviluppare diabete o con diabete mellito tipo 2 e della gestione condivisa dell'iperglicemia e del diabete in ospedale

Per l'obiettivo di riduzione del tasso di amputazioni maggiori in pazienti diabetici (tasso atteso: <30 casi/1.000.000 residenti in Provincia di Trieste – fonte bersaglio) ASUITS non raggiunge il target previsto

Amputazione arti inferiori	2013	2014	2015	2016
Amputazioni	3	10	6	8
Popolazione ASUITS	231.755	235.793	236.186	234.955
TARGET				30
Amputazioni Mes (3 anni)			19	24
Popolazione MeS (3 anni)			703.734	706.934
INDICATORE MeS			27,0	33,9

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

L'indicatore calcolato nel 2016 (secondo l'algoritmo triennale del MeS) risente del dato penalizzante relativo al 2014. Pertanto non è stato possibile raggiungere il target benché nell'ultimo biennio l'attività aziendale risulta notevolmente migliorata e in linea con l'obiettivo triennale

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

Inserimento del PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) nel piano per l'organizzazione e la costituzione formale della rete del diabete dell'ASUITS.

Presentazione e condivisione in anteprima del PDTA con gli MMG afferenti all'ASUITS nel corso di un incontro dedicato ad hoc e tenutosi il 19 ottobre 2016.

Partecipazione degli operatori sanitari di ASUITS (team diabetologici) alla organizzazione del Corso Base di Formazione: "L'assistenza integrata alla persona con diabete in FVG: applicazione del documento di indirizzo regionale" e partecipazione degli operatori sanitari di ASUITS (team diabetologici, MMG, operatori dei Distretti) alle due edizioni del suddetto corso tenutosi nelle date del 20 e 27 ottobre 2016.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

Inserita nel piano per l'organizzazione e la costituzione formale della rete del diabete una parte dedicata alla gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale con definizione dei percorsi di cura intraospedalieri per la gestione delle comorbidità diabetiche nel paziente ricoverato.

Sono stati resi operativi i percorsi di cura intraospedalieri per la gestione delle comorbidità diabetiche nel paziente chirurgico o ricoverato in alcune aree specialistiche (cardiologia, neurologia).

Sono in corso di definizione e condivisione i percorsi di cura intraospedalieri per la gestione delle comorbidità diabetiche nel paziente ricoverato nelle altre aree specialistiche (nefrologia, ematologia) e nelle strutture internistiche.

Valutazione Direzione Regionale Salute**OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO****3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti****POLMONE**

Le Aziende si impegnano a contribuire attivamente attraverso:

1. la partecipazione dei propri professionisti alla costruzione della rete dedicata alle patologie respiratorie
2. 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)

Attuazione al 31.12.2016

Nel riquadro che segue si riportano i valori dell'indicatore MeS sul tasso di ricovero per BPCO

C11A.3.1 ("BPCO")	2014	2015	2016	diff 2015-2016	%
NUMERATORE	134	108	44	-64	-59,26%
Popolazione 50-74	81.224	81.604	81.674		
INDICATORE MeS Obiettivo regionale 70	164,98	132,35	53,87		

Valutazione Direzione Regionale Salute**1. OBIETTIVO STRALCIATO****2. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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

Attuazione al 31.12.2016

È stato attivato un tavolo di lavoro ASUITs che ha elaborato tre bundle specifici per l'attuazione del PDTA elaborato nel 2014. Uno dei tre bundle, interamente originale, è dedicato alla prevenzione dei fattori predisponenti la riacutizzazione delle broncopneumopatie. Gli altri due sono specifici per l'accesso in PS e per il trattamento intra-ospedaliero del paziente con BPCO. I Distretti partecipano al tavolo di lavoro con i loro Direttori e medici specialisti ed inoltre ha visto la partecipazione dei rappresentanti degli MMG della Provincia di Trieste.

Il gruppo di lavoro ha anche organizzato un evento di formazione/informazione dei MMG per la diffusione del PDTA provinciale.

Valutazione Direzione Regionale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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).

Attuazione al 31.12.2016

È continuata l'attività di implementazione del Percorso Integrato di Cura (PIC) definito nel 2014 per le Province di Gorizia e Trieste ed il PDTA regionale dell'Ictus acuto (quest'ultimo secondo i criteri definiti dalla specifica Commissione regionale). ASUITs ha anche attivato e concluso il percorso formativo previsto (9 edizioni, oltre 600 operatori delle Province di Gorizia e Trieste formate).

Il Piano di miglioramento individuato per il Percorso Integrato di Cure del paziente con Ictus elaborato nel 2014 è stato sostituito dal piano regionale che affronta le stesse criticità.

Nel corso dell'anno sono continuate presso la SC di Clinica Neurologica le riunioni quindicinali di informazione e contatto con i diretti care-giver dei pazienti.

Valutazione Direzione Regionale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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

Attuazione al 31.12.2016

Procedure con codice 99.10 associate a diagnosi ICD9CM in 430,431, 432*, 433*, 434*,436:

Al 31 dicembre 2016 sono state effettuate 128 trattamenti di trombolisi venosa (+75% sul valore atteso dell'obiettivo; +100% rispetto ai trattamenti eseguiti nel corso del 2015) e 14 trombectomie meccaniche (+100% rispetto alle procedure effettuate nel 2015) sui pazienti accolti con diagnosi principale di ictus ischemico

Valutazione Direzione Regionale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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.

Attuazione al 31.12.2016

Per quanto attiene alla formazione prevista dal programma regionale (PDTA sull'Ictus Acuto) si è dato avvio al programma di formazione per il personale delle Aziende di AOUTs, AAS1 e AAS2. Il Corso è stato avviato nei termini previsti e secondo il calendario definito a livello regionale. Sono state portate a termine 10 eventi formativi (comprensivi di Audit) con test di autovalutazione che ha coinvolto oltre 600 operatori delle Province di Trieste e di Gorizia.

I dati monitorati durante l'anno hanno messo in evidenza una significativa riduzione della degenza dei pazienti accolti con Ictus, sia di tipo ischemico che emorragico (Vedi Tabelle successive). La riduzione delle degenze si è particolarmente concentrata nelle strutture neurologiche Hub regionali dell'Azienda, realizzando presso la Stroke Unit una degenza inferiore ai 7 giorni. La degenza dei pazienti con ictus ischemico accolti presso le strutture di Medicina Interna (68 in totale nell'arco dell'anno) è risultata, al contrario, aumentare, in relazione alla tipologia e all'età dei pazienti accolti in quei reparti. Anche la mortalità intra-ospedaliera si è ridotta in modo significativo ($p=0,004$) nell'ultimo anno (-14 casi in termini assoluti), con un aumento della proporzione di deceduti entro le 48 ore (dall'11 al 28% sul totale dei decessi intra-ospedalieri). La mortalità intra-ospedaliera per i pazienti sottoposti a trombolisi risulta pari al 7,1% e non è significativa la differenza con la mortalità registrata nei pazienti tomboli sati nel 2015 ($p=0,861$).

Degenza media pazienti con prima diagnosi di Ictus ISCHEMICO (tutte le età) – confronto 2013-2016

degenza MEDIA			Intervallo di confidenza 95% per la media				
Anno	N	Media	Dev. Stnd	Limite inferiore	Limite superiore	Minimo	Massimo
2013	569	16,17	20,286	14,5	17,84	0	132
2014	553	16,32	18,888	14,74	17,9	0	148
2015	488	17,32	17,315	15,78	18,86	0	116
2016	626	16,04	17,89	14,63	17,44	0	111

Degenza media pazienti con prima diagnosi di Ictus EMORRAGICO (tutte le età) – confronto 2013-2016

giorni di degenza			Intervallo di confidenza 95% per la media				
Anno	N	Media	Dev. Stnd	Limite inferiore	Limite superiore	Minimo	Massimo
2013	134	20,28	24,971	16,01	24,54	0	191
2014	157	23,83	26,928	19,58	28,07	0	144
2015	176	20,36	25,107	16,63	24,1	0	127
2016	151	18,93	27,026	14,59	23,28	0	186

Mortalità intra-ospedaliera nei pazienti con prima diagnosi di Ictus ISCHEMICO (tutte le età e tutti i ricoveri) – confronto 2013-2016

Anno	Nr. Accolti	Deceduti totali	% grezza	Deceduti entro 48 ore	% grezza	% deceduti <48ore/Totale deceduti
2013	588	81	13,8	15	2,6	18,5
2014	565	68	12,0	13	2,3	19,1
2015	500	79	15,8	9	1,8	11,4
2016	643	65	10,1	18	2,8	27,7

La rete provinciale per la gestione del Percorso integrato di cura per i pazienti colpiti da Ictus è tutt'ora attiva e monitorizza le performance sia per quanto riguarda gli indicatori del Percorso di cura locale (PIC sull'Ictus del 2014) sia per quanto attiene agli indicatori del PDTA regionale del 2015. Tra questi, si registra una riduzione da 4 a 1,4 giorni medi di attesa per la presa in carico del paziente dimissibile.

Nel corso dell'anno sono stati rispettati tutti gli indicatori di performance previsti dal programma regionale, compreso l'attivazione della consulenza fisiatrica per i pazienti ricoverati nei reparti di Medicina interna (attualmente 4 su 5 pazienti vengono riferiti in seconda giornata al fisiatra per la consulenza) e la registrazione in cartella (non informatizzata) della Scala Barthel e della Rankin modificata. Si rileva, a questo proposito, che ancora non è disponibile nessun applicativo informatico dedicato a tale attività, come previsto dalle Linee per la Gestione del SSR 2016.

ASUITs ha presentato un progetto POR-FESR al Bando 2016 prevedendo l'adozione di uno strumento informativo dedicato alla gestione intra- ed extra-ospedaliera del paziente con Ictus acuto.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

Attuato.

Il documento relativo alla rete delle emergenze cardiologiche con individuazione di percorsi assistenziale con specifici indicatori di esito è parte integrante del Documento "Reti per la presa in carico delle malattie cardiache: EMERGENZE CARDIOLOGICHE, GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO E TRAPIANTI, INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA", approvato dal CREU nella Riunione del 28 marzo 2017, ore 15.00 – 17.00 Direzione Centrale Salute, sede di Udine, ed adesso oggetto di percorso di Delibera di Giunta Reg.le.

Valutazione Direzione Regionale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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

Attuazione al 31.12.2016

Le attività di coordinamento della funzione *Hub* di II livello con audit e valutazione di qualità e performance anche agli altri soggetti territoriali ed ospedalieri si svolgono periodicamente e vedono la partecipazione delle Direzioni di SC Cardiologiche, PS e AdE, Cardiochirurgia, Direzioni Sanitarie e Componenti Infermieristiche ASUITS e AAS2 e IRCCS Burlo.

La più recente riunione si è tenuta il 22.02.2017 ore 15, Aula Casali, Polo Cardiologico, Ospedale di Cattinara il prossimo incontro, con il seguente OdG:

- analisi dati attività ed esiti in emodinamica, cardiochirurgia ed elettrofisiologia 2016 (Perkan 10', Pappalardo 10', Zecchin 10');
- Osservatorio Regionale FVG e Studio Smart Care (Di Lenarda 10'; Radini);
- Attività Amb GUCH presso IRCCS Burlo e ASUITS-CCV (D'Agata 10', Faganello 10');
- PDTA SCC (Di Lenarda 10', Lardieri 10', Baldin 10');
- Medicina dello Sport: AAS2 (Cattarini 5'), ASUITS (Di Lenarda 5');
- tempi di attesa presso ASUITS (DS, 10') e AAS2 (DS, 10');
- informatizzazione, PACS e comunicazione interaziendale (Spagno ASUITS);
- protocolli e procedure.

Valutazione Direzione Regionale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

attiveranno il protocollo transfrontaliero per il trattamento delle emergenze cardiologiche per i cittadini UE residenti nella Regione Litorano-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)

Attuazione al 31.12.2016

Protocolli clinici operativi in essere costantemente monitorati.

In data 31.03.2017 è stato presentato il documento di proposta relativo all' "Accordo in materia di

assistenza sanitaria transfrontaliera per il trattamento dei pazienti colpiti da STEMI residenti nella confinante Regione Slovena Litoraneo-Carsica”.

Si è in attesa della revisione del documento da parte del Ministero della Salute Repubblica Slovena.

Prosegue l'attività di assistenza ai cittadini comunitari che maturino l'evento STEMI in territorio sloveno e che il sistema dell'emergenza territoriale sloveno riferisce ad ASUITS secondo i Protocolli consolidati

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	proseguiranno nel raccordo 118/Cardiologia ospedaliera anche con trasmissione ECG dalla scena
	Attuazione al 31.12.2016
	Azioni di costante implementazione e monitoraggio anche alla luce della recente attivazione della Centrale Unica per l'Emergenza FVG.
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

Attuazione al 31.12.2016

In Provincia di Trieste è attivo dal 2014 un gruppo multi professionale e multidisciplinare che ha definito un PDTA dedicato.

La rete professionale svolge regolarmente attività di audit per il versante riabilitativo, sia intra- che extra-ospedaliero.

Ha inoltre avviato un programma di orto-geriatria che ha definito il processo di accoglimento e gestione del paziente fratturato da parte del reparto di ortopedia, aggiornando lo stesso PDTA. Questo si attua attraverso la collaborazione attiva del geriatra nel reparto ortopedico ed il PDTA comprende anche gli aspetti medici ed infermieristici di assistenza intra-reparto.

Viene inoltre mantenuta, come per il Percorso integrato di cure dell'Ictus, la valutazione dei pazienti con scheda multidimensionale.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	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.
	Attuazione al 31.12.2016
	Degenza pre-operatoria dei pazienti operati per frattura di femore (tutte le età) – confronto

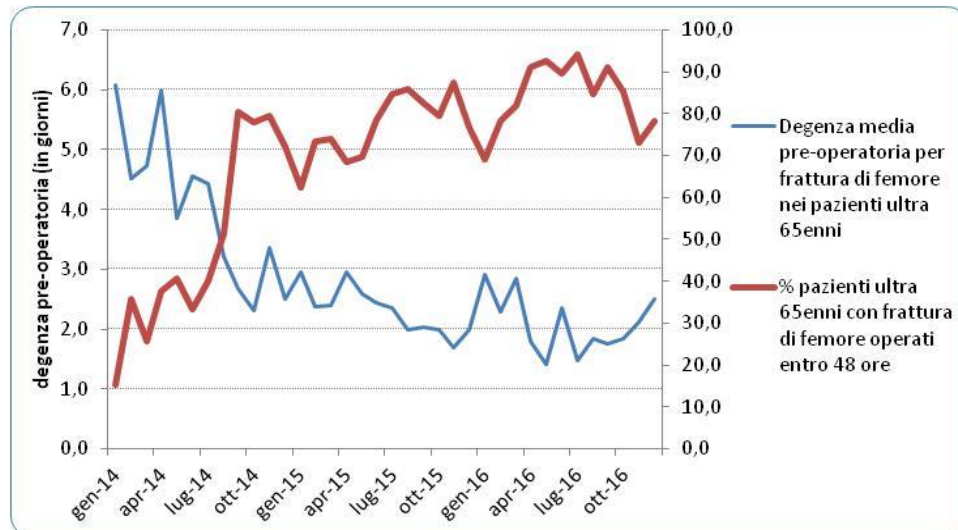
2013-2016

degenza pre-operatoria				Intervallo di confidenza 95% per la media			
Anno	N	Media	Dev. Stnd	Limite inferiore	Limite superiore	Minimo	Massimo
2013	542	6,22	8,303	5,52	6,92	0	153
2014	584	4,2	4,641	3,82	4,57	0	49
2015	592	2,38	2,499	2,18	2,58	0	20
2016	590	2,08	2,855	1,85	2,32	0	39

Degenza ospedaliera dei pazienti che accedono per frattura di femore (tutte le età) – confronto 2013-2016 anni 2004-2015

giorni di degenza				Intervallo di confidenza 95% per la media			
Anno	N	Media	Dev. Stnd	Limite inferiore	Limite superiore	Minimo	Massimo
2013	658	22,34	15,438	21,16	23,52	1	214
2014	703	20,22	11,225	19,39	21,05	0	95
2015	703	15,44	8,839	14,78	16,09	0	89
2016	682	13,73	11,215	12,89	14,57	0	188

Principali indicatori monitorati da ASUITs



Indicatori di Performance riabilitativa intra-ospedalieri	2013	2014	2015	2016
Persone con frattura del femore che in assenza di controindicazioni iniziano la mobilizzazione precoce entro 24 ore dalla consulenza fisiatrica	85%	87 %	90 %	74%
Persone inserite nel protocollo di continuità riabilitativa (solo residenti in Provincia di Trieste)	457	483	520	413

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>Garantire l'intervento ortopedico entro 48 ore dall'accesso almeno al 70% dei pazienti di età superiore ai 65 anni con frattura di femore</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 Indicatore LEA: Operati entro 48 h per frattura di femore nell'anno 2016: 78,14% (Vedi anche Grafico precedente)</p>	
	<p>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</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 (Vedi anche linea 3.3.2: Programmazione degli interventi socio-sanitari Riabilitazione) Nessuna informatizzazione alla data del 31.12.2016. Sarà necessario rivedere la procedura di continuità riabilitativa alla luce dei dati emersi dall'analisi dei bisogni riabilitativi degli utenti delle RSA e del dato storico. ASUITs continua attraverso incontri periodici la valutazione dei protocolli esistenti; a tale proposito sono stati organizzati percorsi formativi avvalendosi della collaborazione della Regione Toscana (ARS) che sta validando con il MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa indicatori specifici di riabilitazione da inserire nel Progetto Bersaglio Network-Regioni.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)
<p>Attuazione al 31.12.2016</p>	

Nel corso del primo semestre è stato organizzato un evento formativo sulla continuità riabilitativa ed assistenziale che ha visto la presenza di docenti esperti a livello nazionale (ARS Toscana). È stato portata a termine il survey annuale Passi d'Argento che ha avuto come focus specifico l'occorrenza di fratture di femore nel paziente anziano. Tutte le attività di competenza programmate sono state realizzate (v. anche obiettivi precedenti per i risultati conseguiti).

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

Obiettivo critico per quanto riguarda gli indicatori target. Le azioni descritte sono state attuate e i dati segnalano marcati miglioramenti. Nel 2016 ASUITS tuttavia non rientra pienamente nei parametri fissati.

Gli accessi presso il Pronto soccorso a gestione diretta di Cattinara/Maggiore sono aumentati del 7,2%, incremento significativamente superiore alla media regionale (+2,5%). In media si sono

recati al PS 14 persone in più al giorno (passando, gli accessi medi al giorno, da 189 a 203). Questo fenomeno si è accentuato nell'ultimo trimestre dell'anno (con picchi di 240 accessi al giorno), particolarmente evidente nelle persone over 75 anni e con codice triage giallo (+21%). Nonostante gli interventi correttivi messi in opera, la "pressione" degli accessi sul Pronto soccorso ha determinato un incremento notevole dei ricoveri, aumentati del 9%. Sono in particolare aumentati i ricoveri tra coloro che dopo accesso hanno avuto un trattamento di tipo "ambulatoriale".

- Per i dati relativi all'attività 2016 (vedi, per i dettagli, il §5 della Relazione sulla Gestione del Bilancio di Chiusura del 2016), in particolare riferimento ai risultati attesi previsti dall'obiettivo:

- i ricoveri disposti dal Pronto soccorso del Presidio di Cattinara/Maggiore sono aumentati complessivamente del 9%

- Indicatore MeS Bersaglio è peggiorato del 3%. Complessivamente il tempo medio d'attesa di tutti gli accessi con codice verde è aumentato di circa 2 minuti (+1,8%)

- Indicatore MeS Bersaglio peggiorato dell'1%.

Al fenomeno ASUITs ha fatto fronte con:

a) attivazione della cosiddetta "Osservazione Breve Geriatrica" presso la SC di Geriatria dell'Ospedale Maggiore;

b) potenziamento della dotazione dei mezzi di soccorso;

c) ridefinizione delle responsabilità del Sistema 118 e sua assegnazione al Dipartimento di Rianimazione dell'ospedale (mettere nome giusto);

d) potenziamento dei trasporti interni per favorire le dimissioni dai reparti di Medicina interna maggiormente interessati dall'aumento dei ricoveri;

e) messa a disposizione del Pronto soccorso di un'autoambulanza dedicata alla dimissione a domicilio dei pazienti;

f) stabilizzazione del personale a tempo determinato operante in queste aree (Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza, Medicine interne);

g) potenziamento della struttura a gestione infermieristica dell'ACCO del Dipartimento di Medicina Interna;

h) potenziamento del servizio di continuità assistenziale;

i) avvio di una sperimentazione delle uscite di un medico e del coordinatore infermieristico per la risoluzione di problemi di urgenza e attivare azioni filtro extra-moenia;

l) accordo con le strutture Convenzionate per accogliere pazienti riferiti inizialmente dal Pronto soccorso

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Il dato rientra in un quadro depressivo nazionale che ha visto anche in Regione FVG un generale incremento dell'accesso al pronto soccorso. A Trieste, dato il quadro demografico e il contesto urbano metropolitano, le azioni intraprese per il contenimento dell'utilizzo del PS hanno avuto un esito che appare meno positivo del previsto. Ai fattori già citati hanno contribuito negativamente anche alcuni fenomeni esterni al sistema ASUITs (ad esempio si cita il "decreto appropriatezza" che ha condizionato il primo semestre).

L'aumento inatteso imprevedibile e progressivo di codici gialli e rossi, anche per persone anziane (leggi anche incremento dei ricoveri degli ultra 75enni) desta enorme preoccupazione e risulta essere tematica prioritaria per il 2017.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.4.3. Reti di patologia	
Malattie rare	
partecipa con i propri professionisti alla formalizzazione dei percorsi assistenziali di valenza regionale	
Attuazione al 31.12.2016 I percorsi assistenziali nell'ambito del riordino della rete regionale per le malattie rare non sono stati ancora attivati dalla Direzione Centrale.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
partecipa all'individuazione dei centri regionali di riferimento per i singoli gruppi di malattie (DM 279/2001)	
Attuazione al 31.12.2016 L'azienda ha partecipato alla candidature per l'individuazione dei presidi Hub della Rete Regionale delle Malattie Rare. Sono stati presentati i dati relativi all'attività diagnostico - assistenziale della struttura, il percorso con i professionisti del territorio e associazioni dei pazienti e la produzione scientifica. I centri che si sono candidati sono: S.C. Nefrologia, S.C. Clinica Dermatologica; S.C. Cardiologia; S.C. Neurologia; S.C. Oculistica, S.C. Patologie del Fegato, S.C. Ematologia; S.C. Pneumologia.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
aggiorna e garantisce il flusso informativo del registro regionale e nazionale della malattie rare di cui al DM 279/2001	
Attuazione al 31.12.2016 I professionisti implementano il sistema informativo registrando i dati relativi ai pazienti con malattia rara mediante applicativo G2.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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	
Attuazione al 31.12.2016 1. Nel 2016, si è dato corso a stesura di due PDTA (responsabile del coordinamento il Dott Fabio Fischetti, ASUI Trieste) rispettivamente su "fibromialgia e dolore muscoloscheletrico non infiammatorio" e su "reumatismi distrettuali cronici". Le versioni definitive dei due progetti sono state sottoposte al vaglio di tutti i componenti della Rete e dei rappresentanti delle associazioni pazienti. Una revisione del progetto sarà a breve sottoposta a valutazione da parte degli organismi competenti presso assessorato regionale. 2. Percorsi assistenziali: 1) Uso dei farmaci biotecnologici in Reumatologia secondo indicazione registrata e 2) Gestione della earlyarthritis	

3. È stato pubblicato nel sito internet della regione FVG, dopo approvazione definitiva, il documento di riferimento regionale (redatto dai componenti della Rete Regionale Reumatologica) sui percorsi per l'assistenza ai malati reumatici affetti da: 1) osteoartrosi e 2) osteoporosi, ai sensi del decreto 64/SPS del 17 giugno 2016.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	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)
	Attuazione al 31.12.2016 Il Responsabile della struttura semplice di Reumatologia è già stato nominato il 24/09/2015, con Decreto del Commissario Straordinario 259/15 Il servizio autonomo di reumatologia è attivo.
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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)
	Attuazione al 31.12.2016 Vedi anche punto 3.3.2 La rete è stata attivata con la nomina dei referenti aziendali nelle more della riorganizzazione post atto aziendale
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Evidenza della riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice secondo i tempi e i criteri definiti dalla Regione
	Attuazione al 31.12.2016 In virtù dello status di struttura provvisoriamente accreditata, derivante dalla convenzione stipulata con l'ASS n. 1 in data 30.10.1998, e sulla base dell'istanza per ottenere l'autorizzazione/accreditamento definitivo per l'attività di Hospice, ai sensi della D.G.R n. 650/2013, la Direzione Centrale Salute ha provveduto con decreto n.222/DC, dd. 11.03.2014, a concedere alla struttura sanitaria "Pineta del Carso s.p.a. - Casa di Cura" con sede a Duino - Aurisina (TS), l'autorizzazione/accreditamento definitivo con riserva per l'attività di Hospice con una dotazione di 20 posti letto.
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	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.
	Attuazione al 31.12.2016 Sistema informatico in fase di attivazione. Le prestazioni erogate dalla struttura per conto e con oneri a carico del S.S.R. sono specificate

nell'accordo contrattuale 2016 stipulato tra ASUITs e la Casa di Cura, ai sensi dell'art. 50 della L.R. n. 17/2014.

(Non pertinente. L'Hospice di Pineta del Carso non è a gestione diretta ASUITs).

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	
Attuazione al 31.12.2016 Il dato definitivo per il 2016 non è ancora disponibile in quanto si registra il già noto ritardo nell'inserimento a sistema delle schede di morte e dei relativi dati sulle cause e il luogo di decesso.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Il ritardo dell'aggiornamento sui dati di mortalità non consente attualmente il monitoraggio 2016	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

1/1-31/12	2014	2015	2016
Sangue intero	15.768	16.487	16.148
Plasma	4.590	4.613	4.687
piastrine	598	685	669
Totale	20.956	21.785	21.504

Complessivamente, la raccolta di sangue ed emocomponenti nel Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino nel 2016 ha mostrato una lieve flessione rispetto al 2015 (-1,3%).

Tutto il sangue intero ed il plasma da aferesi per il frazionamento ed il congelamento è inviato al CUPRO a Palmanova.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 AO/UTS dovrà conseguire il rinnovo dell'Accreditamento Regionale secondo la DGR 2528/2011.

Attuazione al 31.12.2016

a. Nel 2014, sono state raccolte 15.768 unità di sangue intero mentre nel 2016, le unità raccolte sono state 16.148, pari a +2,4%

b. Nel 2015 sono state raccolte 4.613 unità di plasma mentre nel 2016, le unità raccolte sono state 4.687, pari a +1,6%. Da giugno 2016, abbiamo aumentato da 600 a 700ml per plasmaferesi, in linea con il decreto ministeriale 2-11-2015, quindi il volume di plasma raccolto è aumentato del 10,8%.

c. Ha collaborato fattivamente alle riunioni indette dal Coordinamento Regionale Sangue per la raccolta territoriale.

d. Ha collaborato fattivamente alle riunioni indette dal gruppo di Lavoro Regionale sulla raccolta sangue

e. La proporzione delle sacche consegnate e non utilizzate è pari a 16,2%; escludendo la Cardiocirurgia (motivi logistici ne impediscono una performance migliore) questa si riduce al 4,3%

f. Nel 2016 sono state sottoposte a trasfusione 63 persone ricoverate in RSA oppure ospiti presso Residenza Protetta. Di queste, 50 hanno eseguito la trasfusione presso tale domicilio (totale 103 unità di globuli rossi concentrati distribuite dal Dipartimento di Medicina Trasfusionale ASUTs). La percentuale di trasfusioni eseguite presso la il proprio domicilio (RSA o Residenza protetta) è pari al 79,4%. In totale si è osservato un incremento delle unità trasfuse (consegnate) pari al 3,6%. Il risultato è derivato dal lavoro di Audit condotto tra le strutture ospedaliere e quelle distrettuali nonché dalla condivisione di un rigido protocollo di utilizzo delle richieste, consegna, conservazione ed esecuzione delle trasfusioni presso le sedi distrettuali (RSA o Residenze protette).

g. Nel novembre 2016, il Dipartimento è stato sottoposto a Audit da parte degli ispettori Regionali e nazionali per verificare il rispetto dei requisiti della DGR 2528/2011.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

Nel corso dell'anno ASUITs ha realizzato una riduzione del numero totale di ricoveri diurni di tipo medico (-2%) ed una forte riduzione dei DH medici di tipo diagnostico (-25%).

Denominatore 1494 Numeratore 439 Indicatore 29,4% (dati al 06.03. 2017)

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

- 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

Attuazione al 31.12.2016

Nel corso dell'anno ASUITs ha realizzato un sensibile incremento del numero totale di ricoveri ordinari di tipo medico (+8,4%) ed una importante riduzione dei ricoveri oltre soglia (-17%).

Il dato ha avuto un riflesso sulla complessiva riduzione delle giornate di degenza (-6.901 giornate di genza, escluso gli entrati/usciti lo stesso giorno) e della degenza media (da 9,4 a 8,7 giorni)

Denominatore 11811 Numeratore 564 Indicatore 4,8% (dati al 06.03. 2017)

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

Permangono fattori che limitano la dimissibilità dei "grandi anziani" (pari al 51% del totale dei dimessi) e di conseguenza ne aumentano la permanenza in reparto. È da rilevare il notevole miglioramento rispetto al 2015 (l'indicatore si riduce del 17,2%)

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

- 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)

Attuazione al 31.12.2016

Nel corso dell'anno ASUITs si è verificata un risparmio del 10% dei tempi preoperatori rispetto al 2015.

Denominatore 3136 Numeratore 2919 Indicatore 0,9% (dati al 06.03. 2017)

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

- 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)	
Attuazione al 31.12.2016	
Nel periodo intercettato dall'indicatore MeS Bersaglio (Criterio: Bersaglio – indicatore C5.1) i ricoveri di tipo medico sono aumentati del 5,6% mentre i ricoveri ripetuti solo di 44 unità (+3,3%). In termini relativi, però, i ricoveri ripetuti entro 30 gironi dalla dimissione sono quasi sovrapponibili a quelli del 2015.	
Denominatore 19764 Numeratore 1374 Indicatore 7,0% (dati al 06.03. 2017)	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
- mettere in campo tutte le azioni necessarie a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA 2012), come previsto dalla Tabella Allegata.	
Attuazione al 31.12.2016	
Vedi monitoraggio Allegato (§ 5.5 della Relazione della Gestione del consuntivo di Bilancio 2016)	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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 quest'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.

Attuazione al 31.12.2016

Già nel 2015 il Burlo non aveva ritenuto necessario concordare un piano provinciale in quanto le prestazioni da garantire erano ben individuabili (minori) ed era pertanto stato deliberato un piano di governo dei tempi di attesa fra AAS1 e AOUTS.

Nel 2016, vista l'unificazione delle due Aziende, è stato deciso di elaborare un Piano di produzione dei tempi di attesa per le prestazioni ritenute critiche per gli adulti (vedi lettera di invio al DG del 31/03/2016) ed al fine di garantire tempestivamente l'integrazione dei servizi delle due aziende (AAS1 e AOUTS) è stata effettuata una proposta organizzativa per la gestione integrata delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che permettesse la visione e la gestione degli ambulatori ospedalieri territoriali e privati accreditati.

Con Determina n. 376 d.d. 29/06/2016 (allegato) è stata istituita la funzione unica di gestione dell'offerta ambulatoriale con l'obiettivo di monitorare e supportare il governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale degli adulti.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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.	
Attuazione al 31.12.2016 E' stato predisposto il piano annuale del Rischio Clinico ASUITs (inviato alla direzione strategica) Sono stati inviati gli indicatori concordati nelle date stabilite a livello regionale. Effettuato il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali e inviate al gruppo regionale rischio clinico per la validazione.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	
Attuazione al 31.12.2016 Il sistema risulta configurato per la parte di protocolli chemioterapici e pronto a gestire il percorso di prescrizione-allestimento anche sulla base di precise indicazioni aziendali che sono state recepite dalla ditta fornitrice ed implementate nella versione in uso. Il software risulta dunque predisposto per l'avvio dell'attività dell'UFA. E' chiaramente previsto, a seguito della messa in funzione prevista nell'ultimo trimestre del 2016, un eventuale adeguamento della configurazione del sistema sulla base delle osservazioni che deriveranno dal suo utilizzo nel primo reparto coinvolto.	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Il sistema è stato configurato per la parte di protocolli chemioterapici ed è stato messo in funzione entro la fine del 2016.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	
Attuazione al 31.12.2016 Dal 1 luglio implementato il modulo di integrazione della lettera di dimissione in tutte le strutture aziendali compresa RSA San Giusto. Monitoraggio a carico della regione (primo report non vincolante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali).	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	
Attuazione al 31.12.2016 In data 1.12.2016 si e' svolto il corso di formazione "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" a cui hanno partecipato 37 dipendenti	

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Tutte le attività previste dal piano sono state implementate e rendicontate in sede di tavolo regionale di rischio clinico)</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.9. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Le Aziende aderiscono al programma *choosingwisely* 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).

Attuazione al 31.12.2016

- I dati relativi all'utilizzo degli inibitori di pompa protonica e delle benzodiazepine sono disponibili presso SC Farmacia.
- Anche le prestazioni di RM muscolo scheletriche per i pazienti di età >65anni si sono ridotte, portando il tasso da 38,6 a 24,0 prestazioni ogni residente >65anni (-37%)

[Vedi indicatore LEA griglia 2012: Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000

residenti (>= 65 anni)]	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Si approfondirà ulteriormente l'appropriatezza prescrittiva dei MMG e degli specialisti (ospedalieri e territoriali) in merito alle prestazioni di <i>hightechimaging</i> (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.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel corso del 2016 non è stato avviato nessun Audit specifico poiché le azioni di sistema hanno ridotto di per sé la domanda di RM e TC. - Le prestazioni individuate nell'indicatore LEA si sono ridotte del 18,7% portando il tasso da 9,5 a 7,7 prestazioni di RM ogni 100 abitanti <p>(Vedi indicatore LEA griglia 2012: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica ogni 100 residenti).</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
<p>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 AOUSTS 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. AOUSTS curerà simili approfondimenti per i farmaci di prescrizione specialistica ospedaliera (sclerosi multipla, antivirali, emato-oncologici, maculopatie ecc).</p> <p>Il 2016, sarà caratterizzato da tre impegni principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si è proceduto al ricongiungimento delle commissioni per i rispettivi prontuari con la stipula di un nuovo regolamento, a definire ed uniformare le modalità di evasione di richieste per farmaci extra PTA, off label, legge 648 ecc., a uniformare le anagrafiche dei due magazzini per i prodotti gestiti in comune, ed ad emanare contratti di acquisto su base congiunta. - La ricognizione delle necessità di farmaci e materiale sanitario per l'andizione delle nuove gare è stata portata avanti all'unisono. Si è proceduto ad una valutazione dei pros e cons relativi alla procedure in-out del magazzino ex AAS 1 comparandole con quelli in vigore nel magazzino di Travnik, accreditato joint Commission, allo scopo di una loro omogeneizzazione ed alla pianificazione della migrazione futura di parte del materiale in magazzino di area vasta EGAS. - La proposta riorganizzativa per la riunificazione dei due Servizi con accluso nuovo funzionigramma sono state trasmesse alla Direzione Generale nei tempi richiesti per l'emanazione dell'atto aziendale. - E' stata attivata la centrale di allestimento antitumorali entro il 31 dicembre 2016 - EGAS non ha ancora comunicato la disponibilità ad avviare il percorso di migrazione dei magazzini farmaceutici di ASUITs presso la loro sede di PN. 	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Sono stati estratti, rielaborati e trasmessi a tutti gli MMG 3 report personalizzati "scheda</p>	

medico” per il periodo gennaio-novembre 2015 (prot. 14481 del 24/03), per il I trimestre 2016 (prot. 39554 del 24/08) e per il I quadrimestre 2016 (prot. 47268 del 5/10) ed inviato due report con i grafici dei diversi costi delle terapie a maggior impatto di spesa territoriale. Particolare attenzione è stata posta all'utilizzo dei farmaci nella sanità penitenziaria e nel DSM. All'IRCSS Burlo sono stati forniti report sui farmaci indotti dagli specialisti dello stesso a ricaduta territoriale, ai fini di monitorarne le prescrizioni e gli eventuali utilizzi “off label”. Sono stati organizzati 5 incontri con MMG e UDMG (distretto 1 in data 8/09, distretto 2 in data 13/10, distretto 3 in data 13/10, distretto 4 in data 26/10, più un incontro in Direzione Sanitaria in data 18/10).

Per la componente ospedaliera sono stati prodotti 53 report sull' andamento del budget farmaceutico alle Direzioni e Centri di responsabilità ed organizzati almeno un incontro con le Strutture che dimostravano incremento di spesa rispetto l' anno precedente.

La spesa ospedaliera per il 2016 in ASUITS si è così mantenuta sotto l'incremento preventivato dello 0.5% (fonte monitoraggio indicatori linee di gestione 2016) attestandosi al -2,3%.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Verranno individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti.	
Attuazione al 31.12.2016	
Gli obiettivi specifici per l'ambito territoriale hanno riguardato la corretta prescrivibilità e rimborsabilità degli inibitori di pompa protonica, al fine di ridurre l'uso inappropriato (utilizzo più basso a livello regionale). In esito alle circolari inviate e agli incontri di audit con i MMG si è osservata una diminuzione delle prescrizioni di PPI.	
Obiettivo specifico per la componente ospedaliera era la quota attesa di Bevacizumab siringhe intravitreali allestite come prodotto magistrale dalla farmacia per il trattamento della degenerazione maculare senile, da preferirsi ai più costosi prodotti del commercio. Il 100% dei pazienti senza manifesta controindicazione all'impiego di prima linea del bevacizumab doveva riceverlo. I farmacisti hanno validato tutte le richieste in via prospettica attestando che tutti i pazienti senza controindicazione/intolleranza/insuccesso a precedenti terapie hanno effettivamente ricevuto Bevacizumab siringhe intravitreali.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	
Attuazione al 31.12.2016	
Al 100% dei nuovi pz per 1) fattori di crescita dei granulociti, 2) epoetina alfa, 3) infliximab, 4) etanercept è stata somministrata la forma biosimilare. Non è possibile stabilire la quota di biosimilareglargine perché lo scarico non è nominale. Nel 2016 l'incidenza complessiva dei biosimilari rispetto al totale in ASUITS è risultata del 36.5%, superiore alla media regionale del 24,2%, e seconda solo a quella del CRO che ha però una piattaforma di impiego ristretta a soli	

due principi attivi, per i quali è possibile la sostituzione del brand anche nei pazienti già in terapia.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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 inappropriately favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia. AOUST 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.</p> <p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Sono state predisposte 4 comunicazioni/report destinate ai MMG/PLS e alle Strutture dipendenti ed accreditate, relativamente all'andamento degli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto) per l'anno 2015 (prot. 8397 del 19/02), per il I quadrimestre 2016 (prot. 27138 del 08/06), per il I semestre 2016 (prot. 40305 del 29/08) e per i primi 9 mesi 2016 (prot. 53218 del 7/11).</p> <p>Sono state inviate opportune newsletter di aggiornamento periodiche al fine di ridurre il rischio di inappropriately ed implementare la sicurezza d'uso, favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	NON RAGGIUNTO AIFA/MEF (4/9 A TARGET)
	RAGGIUNTO PER LA PARTE APPROPRIATEZZA
<p>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 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>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>La farmacia ospedaliera ha sempre aderito alle gare centralizzate EGAS tese a privilegiare l'acquisizione di farmaci a brevetto scaduto, informando sia EGAS che il proprio Servizio di Logistica dell'avvenuta commercializzazione di nuovi farmaci a brevetto scaduto per una loro tempestiva messa a gara.</p> <p>Inoltre nell'esercizio delle proprie funzioni quali l'elaborazione della reportistica, delle comunicazioni ai prescrittori sui singoli temi della sostenibilità delle quali esistono agli atti 108 interscambi tracciati, nella processazione delle richieste motivate per tutti quei farmaci che lo richiedono.</p> <p>L'attività ha consentito di attestare l'incremento di spesa ospedaliera in ASUITs per il 2016 a I - 2.3% rispetto lo -0,5% atteso.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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</p>	

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.

Attuazione al 31.12.2016

E' stata garantita la distribuzione diretta a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, garantendone l'appropriatezza d'uso. Si registra un incremento nell'anno 2016 rispetto al 2015 sia nel numero di confezioni di medicinali di classe "A" distribuiti direttamente alle Strutture residenziali e semiresidenziali (3.118 confezioni in più, corrispondenti al +3,5%).

E' stata implementata l'attività nelle residenze protette, con incontri/visite ispettive ad hoc, al fine di ridurre politerapie e migliorare la gestione del farmaco.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

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).

Attuazione al 31.12.2016

ASUITS ha monitorato l'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.

Allo stato non sono stati siglati accordi con le farmacie per favorire modalità di distribuzione dei prodotti AFIR (ausili per diabetici) economicamente vantaggiose per il SSR.

ASUITS ha predisposto un documento di sintesi dei risultati delle analisi delle prescrizioni delle strisce per glicemia, 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.

Sono stati effettuati 4 incontri di audit, in data 2/12 con i distretti 1, 3 e 4 ed in data 9/12 con il distretto 2.

Non sono stati siglati accordi con le farmacie per favorire modalità di distribuzione dei prodotti AFIR (ausili per diabetici) economicamente vantaggiose per il SSR.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
--	----------------------------------

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.

Attuazione al 31.12.2016

ASUITS ha adottato idonee iniziative, al fine di monitorare periodicamente eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza con visite ispettive ai grossisti di competenza,

segnalando contestualmente tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, secondo le modalità concordate.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

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.

Attuazione al 31.12.2016

In almeno il 70% dei casi laddove è previsto l'utilizzo del Piano Terapeutico tramite PSM, la prescrizione è avvenuta tramite detta modalità

Ex AOUTS: in collaborazione con la SC Informatica, implementata NUOVA applicazione PSM con possibilità di prescrizione dei Piani Terapeutici per cui son abilitati, per le seguenti strutture operative: Nefrologia e Dialisi, Clinica Urologica, Cardiologia, Oncologia, Ematologia, Clinica Dermatologica, Malattie Infettive, Clinica patologie del fegato, Pneumologie e Clinica Neurologica. Per tutte le strutture, è stato predisposto un file excel apposito in cui sono state evidenziate le specialità che sono disponibili in PTO e che possono essere erogate direttamente dalla Struttura Ospedaliera. Per tutte le strutture è stata fatta formazione sul campo ai fini di renderle autonome nell'utilizzo dell'applicativo PSM. Le Strutture ospedaliere sono state scelte in base al maggior numero prescrizioni di Piani Terapeutici con erogazione dei farmaci prescritti presso la Farmacia Ospedaliera. E' stata richiesta ed ottenuta l'abilitazione per la farmacia al verticale Piani Terapeutici di BO, ai fini di monitorare il numero di Piani Terapeutici prescritti informaticamente. Si sta provvedendo anche all'informatizzazione delle strutture diabetologiche ospedaliere di ASUITS.

Sono state informatizzate tutte le strutture diabetologiche territoriali di ASUITS

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

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.

Attuazione al 31.12.2016

ASUITS ha garantito la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia e ha provveduto, 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.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---------------------

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 risksharing. 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.

Attuazione al 31.12.2016

Al 31/12/2016 tutte le erogazioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA erogate nel 2016 sono registrate nell'apposito portale. Sono stati predisposti ed inviati 2 report alla Direzione Centrale Salute delle eventuali richieste di rimborso (prot. 40592 del 30/08 e prot. 63089 del 29/12).

Con l'implementazione dell'informatizzazione dei piani terapeutici è stato incrementato il controllo dei piani stessi e il rispetto delle note limitative AIFA. Si conferma che l'importo recuperato dalla scrivente Azienda nell'anno 2016 per la farmacia territoriale è pari a 49.665€ relativamente al rimborso previsto dagli accordi negoziali per i farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA.

Per i farmaci erogati dalla componente ospedaliera il recupero consentito dalla messa in opera delle procedure richieste ha permesso di avere in restituzione a bilancio € 2.485.722.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

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.

Attuazione al 31.12.2016

L'informatizzazione della cartella oncologica per quanto riguarda i campi obbligatori è in linea con quanto previsto dall'indicatore regionale

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	ONCOLOGIA MAGGIORE: 92,38%
	CSO: 98,92%

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%.

Attuazione al 31.12.2016

I flussi informativi sono stati controllati mensilmente. Il dato complessivo per ASUITS indica una copertura di oltre il 99% (fonte dati SISSR B.O. - Insiel).

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	FASE 3/FASE 2= 99,65%
	TARGATURA: DPC 100%

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.

Attuazione al 31.12.2016

In ASUITS i farmaci erogati in diretta a livello ospedaliero sono abbinati ai dati identificativi dell'assistito. A livello territoriale per i centri di costo della distribuzione diretta distrettuale le erogazioni sono a nominativo, al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi. Per le erogazioni alle strutture residenziali e semiresidenziali sono sempre abbinati ai dati

identificativi dell'assistito le terapie antibiotiche iniettabili ed i farmaci con piano terapeutico; per limitazioni tecniche e organizzative ciò non è possibile per tutte le altre erogazioni.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

Il DSM ha proceduto alla valutazione congiunta di coloro che possono usufruire del Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale per 51 persone i cui progetti sono sostenuti con un finanziamento congiunto tra Servizio sociale dei Comuni e ASUITS.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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)

Attuazione al 31.12.2016

L'attività è stata rinviata per l'ASUITs al 2017 da parte della Regione

Motivazioni scostamento dal risultato atteso

L'attività è stata rinviata per l'ASUITs al 2017 da parte della Regione

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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	
Attuazione al 31.12.2016 E' stata 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	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<ul style="list-style-type: none"> - <u>1. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</u> - 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 	
Attuazione al 31.12.2016 -In tutti e quattro Distretti sono state effettuate visite di audit approfondite. -Sono state trasmesse entro il primo semestre 2016 dettagliate relazioni illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti dai 4 Distretti	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<ul style="list-style-type: none"> - <u>2. Sistemi informativi</u> - 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 	
Attuazione al 31.12.2016 Si è proceduto regolarmente in tutti e 4 Distretti al monitoraggio, alla verifica e dove necessario al sollecito all'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.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>3.Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	
Attuazione al 31.12.2016 Tutte le persone per le quali era previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato sono state valutate mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. E' stata molto rara la partecipazione delle Assistenti sociali di Ambito. Per quanto riguarda l'accesso nelle strutture convenzionate comunali la valutazione è sempre stata svolta con il Direttore della Struttura stessa.	
Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2016

Sono state verificate 11 strutture (su 89 strutture attive pari al 12.4%)

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2016

Mantenuta la presenza dello psicologo per 15 ore settimanali, a cura del SSCF distretto 3, nel Gruppo Affidi del Comune di Trieste, come previsto dagli accordi dei Piani di Zona.

Nel corso del 2016 sono state riviste i percorsi e gli strumenti per l'attività sociosanitaria integrata relativa ai minori (che prevede anche la segnalazione reciproca in caso di minori fuori famiglia- in affido etero familiare/ in comunità), che sono stati recepiti dall'Assemblea dei Sindaci nel dicembre 2016.

Sulla base di tali revisioni sono state mantenute le attività di integrazione socio sanitaria sulle situazioni previste dalle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio sociale dei comuni della provincia di Trieste e le Strutture complesse tutela salute bambino adolescente donna famiglia dell'ASUITs per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i".

Sono stati inviati da ogni distretto i dati relativi all'attività integrata socio sanitaria relativa ai minori in carico (obt. 4 PdZ).

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

Mantenuta la partecipazione di rappresentante ASUITS (dott.ssa Carraro, SSCF 4) al tavolo regionale sulle adozioni.

Le SS Consultori Familiari di ASUITS hanno mantenuto il Gruppo di lavoro Aziendale che ha svolto 2 Audit (06.10.16 e 14.11.2016) per la valutazione dei percorsi offerti alle famiglie in fase preadottiva e post adottiva, come da mandato consultoriale.

Sono stati inoltre condivisi i contenuti affrontati nel Tavolo regionale per le linee guida sulle Adozioni ed è stato elaborato congiuntamente tra le 4 responsabili dei CCFF un documento quale contributo scritto ai lavori del Tavolo, da sottoporre alla direzione ed inviato dalle responsabili delle SS Consultorio Familiare ai Direttori di Distretto in data 27.12.2016.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2. Minori

Minoranze linguistiche

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

Attuazione al 31.12.2016

Il servizio è stato potenziato con l'incremento con 6 ore alla settimana di attività di psicologo

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016

L'atto d'intesa tra Azienda Sanitaria e Servizi Sociali dei Comuni dei tre Ambiti è stato

formalizzato con l'approvazione del PAA 2016. Le azioni riferite alla programmazione 2016 a livello locale sono state realizzate.

Valutazione Direzione Regionale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

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%;
- EKG> 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 EKG completo di modulo di firma integrato con il SIO e con il sistema di conservazione regionale e utilizzabile con gli apparecchi per l'EKG 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).

Attuazione al 31.12.2016

Al 31 dicembre risultano firmate le seguenti percentuali di documenti:

- G2 clinico referti ambulatoriali: ex AOOTS 93,5%; ex AAS1 82%
- G2 clinico referti ambulatoriali di radiologia: 98%
- G2 clinico e Cardionet lettera di dimissione: alla data del 31/12/2016 la classe documentale non era ancora stata resa disponibile dalla Regione e quindi neppure la conservazione stessa; non essendo quindi possibile alimentare la conservazione con le lettere di dimissione, non è stata attivata la firma delle stesse
- cardionet referti ambulatoriali: ex AOOTS 96.8%, ex AAS1 91.2%
- dnlab: dnlab firma 100% dei percorsi attivati (tutte le richieste AOOTS tranne donatori per incompatibilità anagrafica, tutte le richieste da altre aziende / enti veicolate tramite sportello

CUP)	
<ul style="list-style-type: none"> - anatomia patologica: apsys firma 100% - ECG: strumento non ancora messo a disposizione 	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Lettere di dimissione (G2 Clinico e Cardionet): alla data del 31/12/2016 la classe documentale non era ancora stata resa disponibile dalla Regione e quindi neppure la conservazione stessa.</p> <p>Per gli ECG lo strumento non è ancora stato messo a disposizione.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>G2 CLINICO, RADIOLOGIA, CARDIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>LABORATORIO 77,88%</p> <p>OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>LETTERA DIMISSIONE ED ECG</p>
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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	Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Le configurazioni del sistema sono state portate a regime nel primo semestre dell'anno. Lo strumento informatico per la ricetta dematerializzata è disponibile e fruibile in tutte le strutture ospedaliere e territoriali dell'azienda. Dopo sperimentazione in due reparti ospedalieri, nei mesi di ottobre e novembre è stato distribuito a tutte le strutture per l'utilizzo ai fini della prescrizione farmaceutica e della prescrizione specialistica secondo le indicazioni regionali.</p> <p>A dicembre è stato organizzato un incontro formativo aperto a tutti i medici dipendenti con lo scopo di favorire l'avvio della ricetta dematerializzata specialistica e farmaceutica. Come concordato con la direzione sanitaria l'attivazione sui singoli reparti/strutture viene fatta solo a seguito di richiesta degli stessi.</p>	
Valutazione Direzione Regionale Salute	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>SONO STATE CREATE LE CONDIZIONI PER ESTENDERE LA PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA A TUTTI I REPARTI, MA AL 31/05/2017 MENO DEL 22% DEGLI SPECIALISTI FA DEMATERIALIZZATA.</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

Attuazione al 31.12.2016

Si confermano le attività ai fini del completamento del percorso di integrazione dei sistemi aziendali verso il PACS Regionale.

Tra queste:

- Tra giugno e luglio è stata realizzata l'unificazione dei sistemi PACS di ASUITs, che ha coinvolto in particolare le strutture cardiologiche, da sempre produttrici di immagini sia nell'ex-AOUTS che nell'ex-AAS1, facendo in modo che il Centro Cardiovascolare diventasse un reparto del PACS ASUITs (i risultati positivi dell'attività, propedeutica al passaggio al PACS regionale, ha reso sostenibile la il programma previsto per la definitiva conclusione delle attività);
- È stato implementato un caso d'uso di consultazione presso ASUITs di immagini generate presso altre aziende. In particolare, dalle diagnostiche individuate presso le strutture dell'AAS2, si inviano ad ASUITs immagini radiologiche, che vengono archiviate sul PACS aziendale e rese fruibili agli operatori.
- È stato avviato nella pratica clinica il sistema di tele-consultazione tra i neurologi di AAS2 ed i clinici dell'Ospedale di Cattinara (radiologi e neurologi), resosi indispensabile per applicare quanto previsto dal PIC del 2014 e dal PDTA regionale dell'Ictus acuto (funzione Hub di ASUITs per le Province di Gorizia e Trieste)

Nel terzo quadrimestre del 2016, è stata fatta attività di comunicazione ai reparti per condividere con gli stessi le attività necessarie e le relative tempistiche, nonché gli impatti operativi derivanti dalle migrazioni dei sistemi. Si è inoltre proceduto a produrre e pubblicare materiale informativo, sotto forma di manuali applicativi per l'utilizzo dei nuovi software.

Valutazione Direzione Regionale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---	----------------------------

INVESTIMENTI
RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016	Esigibilità 2016
ASUI TS	Adeguamenti normativi	165.000,00	8.215.112,89
	Altri interventi	3.653.700,00	
	Aree critiche	1.220.000,00	
	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	249.000,00	
	Elisuperfici	20.000,00	
	Interventi emergenti	474.104,44	
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	2.213.308,45	
	Odontoiatria sociale	60.000,00	
	Rinnovo automezzi 118	160.000,00	
		1.493.883,78	

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
ASUITS	ART.20 L. 67/1988 CATTINARABURLO	45.429.677,84	-	45.429.677,84	-
	ASILO NIDO AZIENDALE CATTINARA	600.000,00	600.000,00	-	600.000,00
	BMT 2010	150.000,00	-	150.000,00	150.000,00
	BMT 2012	9.000.000,00	7.200.000,00	1.800.000,00	-
	RIORDINO RETE OSPEDALIERA TRIESTINA - CATTINARA BURLO	32.500.000,00	-	32.500.000,00	-
	PROGRAMMA SUPERAMENTO OPG	550.000,00	-	550.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2001	3.337.344,48	2.669.875,58	667.468,90	667.468,90
	RILIEVO AZIENDALE 2002	3.878.000,00	3.630.000,00	248.000,00	248.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2003	3.114.610,00	2.491.688,00	622.922,00	622.922,00
	RILIEVO AZIENDALE 2004	3.722.000,00	2.977.600,00	744.400,00	744.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2006	1.372.000,00	1.097.600,00	274.400,00	274.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007	5.182.000,00	4.145.600,00	1.036.400,00	1.036.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2008	3.752.000,00	3.001.600,00	750.400,00	368.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2009	7.710.000,00	6.168.000,00	1.096.400,00	1.096.400,00
	RILIEVO AZIENDALE 2010	3.674.254,00	2.939.403,20	734.850,80	700.690,80
	RILIEVO AZIENDALE 2011	6.850.000,00	5.480.000,00	1.370.000,00	1.090.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2012	4.706.500,00	3.765.200,00	941.300,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2014	5.512.867,00	4.410.293,60	1.102.573,40	-
	RILIEVO AZIENDALE 2015	3.474.500,00	-	3.474.500,00	-
	RILIEVO REGIONALE 2015	2.200.000,00	-	2.200.000,00	-
	146.715.753,32	50.576.860,38	95.693.292,94	7.599.081,70	

TABELLA INDICATORI LEA

			ASUITS	ASUITS
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	88,80%	NON RAGGIUNTO
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	89,1 % 90,4 %	NON RAGGIUNTO
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	89,70%	NON RAGGIUNTO
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	88,80%	NON RAGGIUNTO
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	83,70%	NON RAGGIUNTO
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	46,50%	NON RAGGIUNTO
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	70,7	NON RAGGIUNTO
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	4,90%	NON RAGGIUNTO
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	RAGGIUNTO
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	RAGGIUNTO
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovcaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	RAGGIUNTO
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovcaprine controllate (3%) per anagrafe ovcaprina	>= 98% del 3% aziende	100%	RAGGIUNTO
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	RAGGIUNTO
13 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	21%	RAGGIUNTO
14 LEA	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	132,0	NON RAGGIUNTO
15 LEA	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 4%	6,69%	RAGGIUNTO
16 LEA	ASSISTENZA AI DISABILI Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	>= 0,6	1,31	RAGGIUNTO
18 LEA	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	dato non disponibile	NON RAGGIUNTO
19 LEA	FARMACEUTICA Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	<= 11,35% (valore regionale)	10,7%	RAGGIUNTO
20 LEA	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	7,70	NON RAGGIUNTO
21 LEA	SALUTE MENTALE Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab. (prevalenza)	>= 10	dato non disponibile	NON RAGGIUNTO
22 LEA	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	<= 140	134,3	RAGGIUNTO
24 LEA	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	35,10%	NON RAGGIUNTO
25 LEA	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,24	RAGGIUNTO
26 LEA	Percentuale di parti cesarei	<20%		NON PERTINENTE
27 LEA	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	78,14%	RAGGIUNTO
28 LEA	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	13'16"	RAGGIUNTO

Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atti aziendali	
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
Attuazione al 31-12-2016 Con la DGR n. 2275 del 24 novembre 2016 "Linee di Gestione del SSR - anno 2017" è stato spostato il termine per la definizione ed invio della proposta di Atto aziendale al 28.2.2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/14, 929/15 e 2151/15	
Obiettivo	Risultato atteso
Revisione posti letto per acuti	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione attuata entro il 30.6 per i posti letto ordinari, con esclusione dei nuovi p.l. di stroke unit e UTIC - 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 - Attivazione, in via transitoria, dei posti letto di epatologia anche in sede diversa da quella definitiva entro il 31-12-2016 e attivazione della struttura autonoma di Epatologia entro il 31-12-2016 (vedi anche linea 3.10.1) - Revisione dei posti letto di DH entro il 30-12
Attuazione al 31-12-2016	
<ul style="list-style-type: none"> - La revisione dei PL ordinari del Presidio ospedaliero SMM è stata effettuata ed attuata e comunicata alla DCS con nota prot. n. 37559 del 29.6.2016. - A seguito dell'entrata in vigore del D.lgs 50/2016, che non prevede l'affidamento di progettazione e lavori nella forma dell'appalto integrato, è necessario procedere ad affidamento distinto della progettazione e dell'esecuzione dell'opera, per cui si è dato corso alla gara per la progettazione con decreto n. 695 dd. 30.11.2016, modificato con decreto n. 795 dd. 21.12.2016. - L'attività è rinviata al 2017. 	
La revisione dei PL di DH del Presidio ospedaliero SMM è stata effettuata ed attuata e	

comunicata alla DCS con nota prot. n. 86731 del 30.12.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Revisione posti letto per le funzioni di riabilitazione dell'IMFR	Revisione attuata entro il 30.6
Attuazione al 31-12-2016 La revisione dei PL ordinari del Presidio ospedaliero IMFR Gervasutta è stata effettuata ed attuata e comunicata alla DCS con nota prot. n. 37559 del 29.6.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
RSA – attuazione DGR 2151/15	Revisione delle convenzioni in essere con i privati accreditati entro il 30.6
Attuazione al 31-12-2016 La revisione è stata effettuata nei tempi previsti; la formalizzazione è avvenuta con Decreti n. 161 e n. 162 del 4.7.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.	
Attuazione al 31-12-2016 L'attività di supporto è stata garantita nel rispetto delle tempistiche e degli impegni presi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4 Piano Emergenza Urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Avviare la nuova distribuzione delle ambulanze e delle automediche	Entro il 31/12, compatibilmente con i tempi di reclutamento del personale necessario e di acquisizione dell'automedica: - posizionamento di ambulanza tipo A H24 a San Pietro al Natisone, in aggiunta a quella tipo A H24 di stanza a Cividale; - assunzione servizio postazione di Tarcento; - revisione servizio notturno con ambulanza tipo A in sostituzione mezzo tipo B postazione di Udine - attivazione automedica postazione di Udine
Attuazione al 31-12-2016 - Potenziata la postazione ambulanze di Cividale – portandola a 2 mezzi di soccorso di tipo A attivi h24, 7 giorni su 7 – e sono in fase di completamento gli interventi strutturali per la collocazione della seconda postazione presso la sede distrettuale di San Pietro al Natisone.	

- Conclusa l'integrazione delle risorse infermieristiche, dal 1° gennaio 2017 è stata presa in carico la postazione ambulanze di Tarcento, finora gestita con personale sanitario di altre Aziende
- La dotazione attuale è quindi passata da 2 mezzi BLS e 1 Mezzo ALS a 2 mezzi ALS e 1 mezzo BLS. La conversione è stata possibile in data 29 marzo 2017 in quanto l'attivazione della centrale unica 112, che ha consentito di liberare risorse per la ridefinizione dell'equipaggio, era prevista a ottobre 2016, successivamente a dicembre 2016 ma è effettivamente avvenuta a marzo 2017.
- Dal 1° dicembre, sempre in attuazione del Piano Emergenza Urgenza regionale, è stata attivata l'automedica h24 e 7 giorni su 7 con base all'ospedale di Udine.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riorganizzare il PS di Cividale in Punto di Primo Intervento e di attività ambulatoriale di Cividale e San Pietro al Natisone	Entro il 31.10 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
Attuazione al 31-12-2016 Essendo ancora in fase di completamento gli interventi strutturali per la collocazione della seconda postazione presso la sede distrettuale di San Pietro al Natisone, la revisione dei modelli organizzativi per l'avvio di attività infermieristiche funzionali ed integrate alla continuità assistenziale sarà attuata nel 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Piano dell'Emergenza Urgenza	Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la realizzazione della Centrale operativa 118 e del Piano dell'Emergenza Urgenza
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione dei tecnici indicati dalla Regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Piano Sangue

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione dei tecnici indicati dalla Regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.6 Piano Oncologico

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

Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione dei tecnici indicati dalla Regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7 Piano della Riabilitazione	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano, con particolare attenzione allo sviluppo del ruolo di Ospedale di 3° livello riabilitativo del Gervasutta	Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della riabilitazione
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione dei tecnici indicati dalla Regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NEL CORSO DEL 2016 NON SONO STATE CONVOCATE RIUNIONI DEL TAVOLO TECNICO IN MATERIA DI RIABILITAZIONE

3.1.8 Piano della Salute Mentale	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del nuovo Piano	Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione dei tecnici indicati dalla Regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9 Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia	
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.
Attuazione al 31-12-2016 Si è ulteriormente sviluppato il progetto di Laboratorio Unico Interaziendale, avviato già nel 2015, e sono stati assorbiti dal laboratorio centrale di Udine tutti i campioni biologici per esterni provenienti dal territorio dell'AAS2 (limitatamente ai distretti di Palmanova e Latisana) e quelli relativi ad esami non urgenti per pazienti degenti nel Presidio Ospedaliero Unico di Latisana e Palmanova: la delicata transizione si è svolta senza particolari disagi o inconvenienti ed è stato	

così possibile avviare un percorso di miglioramento dell'appropriatezza della diagnostica di laboratorio su vasta scala.

Le funzioni di Laboratorio analisi e Microbiologia dei presidi di Latisana-Palmanova e S. Daniele-Tolmezzo sono trasferite all'AOUUD a decorrere dal 1.1.2016 (decreto AOUUD 837 del 28.10.2015 di costituzione del Laboratorio Unico Interaziendale – L.U.I.).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

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	Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti
Attuazione al 31-12-2016 La comunicazione con i nominativi dei referenti è stata inviata con nota prot. 11675/DS del 10.3.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
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
Attuazione al 31-12-2016 La coorte di riferimento è quella dei nati nel 1964, rappresentata da 4.462 soggetti. Dopo la pulizia delle liste, secondo i criteri definiti nel protocollo, effettuata dai MMG, sono risultati eleggibili 3.082 persone (69%). A seguito di invito scritto e rinforzo telefonico, hanno aderito al programma, presentandosi per la prima valutazione di screening 2.325 soggetti, con una percentuale di adesione del 75%. di questi il 17% è stato classificato in classe A (stili di vita sani, parametri normali), il 33% in classe B (stili di vita non sani, parametri normali), il 42% in classe C (parametri alterati, indipendentemente dagli stili di vita sani o non sani) e l'8% in classe D (non eleggibili, sfuggiti alla pulizia delle liste). I soggetti in classe C (978) sono stati inviati all'approfondimento effettuato da un medico specialista (cardiologo). 836 hanno aderito all'approfondimento con una percentuale dell'85.5%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	Adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare
Attuazione al 31-12-2016 L'ASUIUD ha partecipato ai lavori del "Gruppo regionale in prevenzione cardiovascolare" che ha predisposto un documento dal titolo "Manuale dei percorsi di Prevenzione cardiovascolare". Questo è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie con nota del direttore dell'Area Prevenzione del 28.11.2016 n. 19119/P. Tale protocollo è stato presentato in data 21.12.2016 nel corso di un evento formativo rivolto agli operatori aziendali. Una seconda edizione del corso stata realizzata il 26.01.2017 anche per i MMG.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Le aziende realizzano almeno un corso residenziale ciascuna su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve.</p> <p>Entro il 2016 è formato almeno il 7% degli operatori appartenenti a ciascuna categoria: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Invio report a DCS con numero operatori formati

Attuazione al 31-12-2016

E' stato realizzato un evento residenziale il 21.12.2016 rivolto agli operatori aziendali; una seconda edizione del corso rivolta anche ai MMG è stata realizzata il 26.01.2017.

Nell'ambito del progetto "Sperimentazione Cardiovascolare su intera Regione", di cui è referente il dr. Andrea Di Lenarda, Cardiologo dell' ASUITS, sono state predisposte 5 FAD ed inserite nella piattaforma Health Teaching and Learning dell'ASUIUD.

La FAD dedicata ai MMG è stata attivata nel mese di ottobre 2016 ed accreditata ECM il 13 ottobre 2016. Con riferimento al verbale della seduta del 24 gennaio 2017 del gruppo regionale di prevenzione cardiovascolare si evince che su 570 MMG che hanno ricevuto l'invito 51, pari al 9% hanno completato la FAD specifica.

Le altre 4 FAD sono state caricate nella piattaforma soltanto nel mese di dicembre 2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS</p>

Attuazione al 31-12-2016

L'ASUIUD ha coordinato un gruppo di lavoro multidisciplinare sui disturbi d'ansia e depressivi. E' stato elaborato ed inviato alla direzione Centrale salute una sintesi finale delle attività. Accertata la disponibilità del DSM della ASUIUD per la formazione dei MMG e PLS per l'utilizzo dello strumento MhGAP per la presa in carico dei disturbi mentali da parte della medicina generale e dei servizi territoriali non specialistici

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<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</p>	<p>Adesione pari al</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65% per la cervice uterina - 65% per la mammella

70% per il carcinoma del colon retto	- 70% per il carcinoma del colon retto	
Attuazione al 31-12-2016		
	Anno 2016 (sett)	Anno 2015
Adesione al programma di screening per la cervice uterina	53,15%	53,24
Adesione al programma di screening per la mammella	59,76%	57,90
Adesione al programma di screening per il carcinoma colon retto	53,81%	59,96
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
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" <i>Obiettivo integrato tra AAS 4 e AOUUD</i>	Piano di riorganizzazione attività senologica predisposto.	
Attuazione al 31-12-2016		
Con Decreto del Direttore Generale n. 465 del 30.09.2016 "Programma aziendale di senologia", è stato affidato alla dr.ssa Carla Cedolini, l'incarico di responsabile del programma aziendale di senologia, al fine di definire un piano di riorganizzazione delle attività senologiche coerente con le "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" (Conferenza Stato-Regioni 18.12.2014)		
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	
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.	Proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DCS per l'adozione formale	
Attuazione al 31-12-2016		
L'Azienda ha partecipato al gruppo di lavoro dei professionisti che ha prodotto un documento trasmesso alla DCS per la successiva approvazione.		
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Unità senologica AOUUD: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del	I radiologi certificati assicurano la lettura del primo livello e gestione del percorso di	

test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	approfondimento diagnostico
Attuazione al 31-12-2016 I radiologi certificati hanno assicurato la lettura del primo livello.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Unità senologica AOUUD: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	- >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%
Attuazione al 31-12-2016 Dato disponibile al 30/9/2016: - esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni: 98,31 % - percentuale di early recall: 7,98%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Servizio di endoscopia AOUUD: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda si attesta su un valore del 99,73%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici	- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale
Attuazione al 31-12-2016 Un evento ECM con MMG del Distretto di Cividale Non organizzati incontri con la popolazione a causa del processo di revisione dei percorsi di screening a seguito della riorganizzazione aziendale. Pubblicato sul sito aziendale il calendario dello stazionamento della unità mobile per lo screening mammografico. Pubblicato materiale informativo con anche il link al sito regionale dedicato agli screening oncologici	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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.	Anagrafe sanitaria aggiornata

Attuazione al 31-12-2016 L'attività di aggiornamento è svolta regolarmente	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 La modalità è in atto da giugno 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale Partecipare ai lavori (coordinati dall'IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.	Risultato atteso: - Garantire la partecipazione ai lavori - Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita
Attuazione al 31-12-2016 La partecipazione ai lavori è stata garantita. I lavori del gruppo di lavoro multiprofessionale regionale sono stati rivolti prevalentemente agli screening per le malattie metaboliche. L'attività di screening audiologico, oftalmologico e metabolico è regolarmente effettuata secondo procedure definite.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Report di monitoraggio del programma regionale
Attuazione al 31-12-2016 I dati di rilevazione del TSH neonatale sono regolarmente trasmessi all'IRCSS Burlo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Inviato un report alla DCS in cui si evince che sono stati raggiunti gli istituti comprensivi e le scuole secondarie di 2° grado per un totale di 36 Istituti e scuole.	

(vedi anche esempi di dipendenze: Unplagget, progetto Campofornido))	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Le attività hanno preso avvio con tempistiche differenziate dal mese di novembre 2015 per concludersi a Giugno 2016. Nel complesso di tutte le attività realizzate sono stati coinvolti n. 3.465 studenti, così suddivisi: n. 2.297 iscritti presso istituti secondari di 2° grado - n. 1.168 iscritti presso istituti comprensivi.</p> <p>Gli istituti scolastici coinvolti sono stati complessivamente 22, di cui 10 istituti secondari di 2° grado e 12 istituti comprensivi della provincia di Udine che di seguito riportati:</p> <p>Istituti secondari di 2° grado: ISIS "Malignani" - ISIS "Stringher" - Istituto Tecnico "Marchetti" - Istituto Tecnico "Marinoni" - Istituto Professionale "Ceconi" - Istituto d'arte "Sello" - ISIS "Malignani 2000" - ISIS "Deganutti" - Liceo scientifico "Copernico" - ISIS "Manzini".</p> <p>Istituti comprensivi (per un totale di 24 scuole): I.C. III Udine - I.C. Destra Torre di Aiello del Friuli - I.C. di Codroipo - I.C. Di Faedis - I.C. Gonars - I.C. Cavour Palazzolo dello Stella - I.C. Pasian di Prato - I.C. Pradamano - I.C. Tarcento - I.C. Tavagnacco - I.C. Giovanni XXIII di Tricesimo - I.C. Cividale del Friuli</p> <p>Sono state svolte 519 ore di formazione per la realizzazione delle 8 attività proposte, le ore sono state così suddivise:</p> <p>n. 408 relative ai percorsi destinati agli istituti secondari di 2° grado;</p> <p>n. 111 relative al percorso destinato agli istituti comprensivi di primo grado.</p>	
(vedi anche esempi di dipendenze: Urban tribe , Liberamente))	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Il gruppo di lavoro, costituito dai referenti dei Distretti Sanitari, il DSM, la Neuropsichiatria Infantile, la Pediatria Universitaria, ha condiviso un modello riassunto in una flow chart.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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)

Attuazione al 31-12-2016	
Convocato incontro con ufficio scolastico provinciale, ambiti socio-assistenziali, polizia di stato, distretti sanitari, istituti scolastici comprensivi e scuole secondarie di secondo grado. Incontro avvenuto il 14 dicembre 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo	Realizzato almeno un corso di formazione
Attuazione al 31-12-2016	
E' stato realizzato, in collaborazione con l'Area Welfare di Comunità e gli altri Dipartimenti delle Dipendenze del FVG, il Corso di Formazione accreditato "Gambling: nuovi bisogni dei pazienti e nuove sfide per i medici. Il ruolo del MMG nell'intercettazione precoce" tenutosi a Udine il 24/09/2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016	
Un Protocollo d'intesa è stato firmato da Regione (Assessore alla Salute) Federsanità-ANCI FVG, ANCI FVG e UISP FVG in data 3 marzo 2016.	
Sono stati individuati i referenti UISP FVG e delle Aziende Sanitarie ed è stato effettuato un primo incontro di formazione congiunta a Verona il 12-13 maggio 2016, tra colleghi UISP e Sanità di FVG, Veneto e Trentino; si è svolto un ulteriore incontro per gettare le basi di una collaborazione regionale tra UISP e Aziende Sanitarie a Palmanova il 22 giugno 2016. Nel corso del 2016 si sono svolti incontri mensili del tavolo dei referenti aziendali per il programma V, con la partecipazione dei rappresentanti UISP per ogni azienda. Contestualmente, si è avviata e continuata la collaborazione con il Comune di Udine per la redazione del codice etico, da diffondere alle palestre e società sportive.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda
Attuazione al 31-12-2016	
<p>Nel corso del 2016, si sono svolti incontri mensili dei referenti aziendali del programma V, volti alla definizione dei criteri di analisi dei requisiti per la realizzazione del catalogo di offerte in tema di promozione dell'attività fisica. Dopo il confronto con i referenti aziendali del progetto e i responsabili per Uisp, si è deciso di avviare i lavori per la redazione del catalogo, su base volontaria da parte degli aderenti, tramite la preparazione di una lettera informativa inviata ai Comuni. I criteri per l'inserimento delle offerte a catalogo, oggetto di condivisione da parte del gruppo, sono stati la presenza di personale adeguatamente formato sulle tematiche della promozione dell'attività fisica, la presenza in sede di un defibrillatore, l'aderenza al codice etico (o carta dello Sport). Al momento si è deciso di avviare la sperimentazione con la collaborazione del Comune di Udine, recependo le iniziative presenti sul territorio. Il materiale raccolto nel corso della progettualità Cardio 50 per la promozione attività fisica è stato utilizzato come banca dati cui attingere in attesa di verifica dei requisiti suddetti, costituendo la matrice delle offerte disponibili su tutto il territorio aziendale. E' stata rimandata per la necessità di aggiornare il sito internet, vista l'integrazione tra l'azienda SSMM e l'ex azienda Friuli Centrale. Inoltre, di concerto con i referenti aziendali, si è deciso di procedere con la verifica della fattibilità della pubblicazione (in termini di privacy e impatto pubblicitario) e con la possibilità di aggiornamento trimestrale dei dati contenuti a catalogo, compatibilmente con l'adesione progressiva da parte delle società e palestre coinvolte.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.2.7. Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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.	Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS
Attuazione al 31-12-2016	
La mappatura è stata effettuata ed inviata alla DC Salute in data 24/01/2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016	
L'ASUITS, in qualità di referente regionale del programma VII del PRP, ha inviato alla DCS un report delle attività svolte, condiviso dai referenti delle aziende sanitarie regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 L'ASUITS ha realizzato 2 edizioni del corso (31 Maggio, a Trieste e 8 Giugno, a Palmanova). L'ASUIUD ha partecipato all'evento di Palmanova con 6 operatori afferenti ai Distretti Sanitari e Dipartimento di Prevenzione).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico avviene puntualmente e viene verificata in collaborazione con il Direttore della SOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 all'elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Attuazione al 31-12-2016 Operatori aziendali hanno regolarmente partecipato ai lavori del Gruppo Regionale Edilizia (GRE) che ha organizzato un incontro regionale tenutosi a Udine nella sede della Regione in data 05.04.2016 per illustrare la L.R. 24/15. Sul territorio di ASUIUD è stato organizzato un incontro sulla L.R. 24/15 rivolto ai tecnici comunali (28.06.2016) e si è collaborato con l'AAS n. 3 per la realizzazione di un analogo incontro rivolto ai comuni dei distretti di S. Daniele e Codroipo (l'incontro si è tenuto il 09.06.2016). Le procedure di vigilanza sono state presentate agli operatori delle aziende sanitarie durante due incontri formativi (30.11.2016 e 13.12.2016)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Attuazione al 31-12-2016 Il Gruppo Regionale Agricoltura (GRA) ha predisposto il protocollo operativo per l'attività di vigilanza sulle macchine nel comparto agricolo. Il 05.12.2016 tale protocollo è stato presentato ai portatori di interesse durante un incontro tenutosi a Palmanova; verrà inoltre pubblicato sui siti delle aziende sanitarie.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Il Dipartimento di Prevenzione ha coordinato un gruppo di lavoro regionale in seno alla FCS accreditata ECM che ha predisposto le linee guida (4 documenti: tatuatori/piercers, estetista, acconciatore, altre attività) e il protocollo operativo per i controlli che sarà sperimentato nei primi sei mesi del 2017. Le linee guida tatuaggi e piercing sono state oggetto di parere da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Nel corso del 2017 verranno apportate le modifiche suggerite coinvolgendo le altre Aziende sanitarie e successivamente trasmesso alla DCS per la adozione formale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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)
Attuazione al 31-12-2016 - L'ASUIUD ha individuato i tecnici che parteciperanno al corso di formazione, organizzato dalla Regione, e che si terrà nei primi mesi del 2017 - Gli audit ex regolamento 882/2004 sono di esclusiva competenza regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 L'organizzazione dell'attività è di competenza di altra Azienda (AAS 5). L'ASUIUD non è stata coinvolta nel corso del 2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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
Attuazione al 31-12-2016 - L'organizzazione della formazione è in capo alla DCS che si avvale dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie (IZS). L'ASUIUD ha individuato 5 operatori della SOC PSAL da formare. Il percorso formativo di 40 ore è iniziato nel mese di gennaio 2017 - La scheda di audit verrà predisposto nell'ambito del percorso formativo di cui sopra	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>I gruppi di lavoro regionali dei servizi di igiene alimenti, veterinari Area B e delle medicine del lavoro hanno aggiornato le schede. Il dipartimento dell'ASUIUD ha inviato la documentazione alla competente struttura aziendale per la pubblicazione sul sito aziendale.</p> <p>Nel 2017 il percorso sarà completato con la lista dei controlli dei servizi veterinari Area AC e della Igiene e Sanità Pubblica.</p> <p>Il gruppo di lavoro regionale sulla Igiene Pubblica nel corso del 2016 ha predisposto l'elenco dei procedimenti con tutte le informazioni richieste anche dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza. Attività propedeutica alla revisione della lista dei controlli.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aziende vigilate(tutti i comparti): 589 in ASUI + 169 in AAS 3= 758 U.L. pari al 4,9% - Agricoltura: sul territorio di ASUIUD sono state censite 13 rivendite di macchine agricole: è stata fatta vigilanza in 2 di esse (15%). All'inizio del 2016 il GRA aveva individuato il numero di aziende agricole/allevamenti che ogni azienda sanitaria doveva vigilare nel corso dell'anno: ASUIUD ha vigilato n. 28 aziende agricole come da indicazione ricevuta. - Edilizia: Nel 2015 sono pervenute all'ASUIUD 1640 notifiche e il cui 15% corrisponde a 246 cantieri. Nel 2016 sono stati vigilati n. 214 cantieri sul territorio di ASUIUD e n. 73 cantieri sul territorio dei distretti di S. Daniele e Codroipo. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Sul territorio di ASUI sono stati organizzati: 1) comparto edile: n. 2 incontri di formazione/sensibilizzazione (corretti stili di vita in edilizia, L.R. 24/15) cui hanno partecipato 30 datori di lavoro, 13 tecnici comunali; 2) comparto agricoltura: 4 incontri di formazione/sensibilizzazione cui hanno partecipato 375 datori di lavoro e 37 altre figure del</p>	

settore. Inoltre la struttura ha collaborato con l'AAS n. 3 per la realizzazione di 2 incontri di sensibilizzazione in agricoltura e uno in edilizia tenutisi nei distretti di S. Daniele e Codroipo.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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 - 2 corsi accreditati

Attuazione al 31-12-2016

Il gruppo regionale (coordinato da ASUIUD) ha organizzato, in collaborazione con i 4 ordini dei medici della regione, n. 4 incontri accreditati finalizzati a promuovere una maggior conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, del reinserimento dei soggetti patologici e dell'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale (08.10.2016 a Udine, 21.10.2016 a Trieste, 27.10.2016 ad Aviano, 03.12.2016 a Gorizia). Tra le iniziative di sensibilizzazione si segnala la pubblicazione di materiale divulgativo sul sito aziendale a disposizione dei dipendenti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

Completare la vigilanza sulla valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate dal progetto nazionale	Report di attività alla DCS
--	-----------------------------

Attuazione al 31-12-2016

Si è completata la fase di verifica delle valutazioni del rischio stress lavoro correlato nelle ditte del territorio di competenza. Il referente regionale del progetto CCM (dipendente dell'AAS5) ha provveduto ad inviare alla DCS il report di attività complessivamente svolta a livello regionale

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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 - Adozione di regolamento regionale sul fumo
---	---

Attuazione al 31-12-2016

- I medici competenti hanno complessivamente raccolto 849 questionari sul rischio cardiovascolare

- Registro degli accertatori del divieto di fumare all'interno locali dell'azienda era già stato istituito. E' in corso di aggiornamento quello relativo alla nuova Azienda (ASUIUD)
- A n. 68 lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, sono state fornite indicazioni per smettere di fumare

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita	Corso effettuato
Attuazione al 31-12-2016 In collaborazione con il servizio del medico competente e l'area Promozione della salute sono stati realizzati i corsi "La promozione di sani stili di vita" (29.11.2016) e la I edizione "I percorsi della prevenzione cardiovascolare in FVG" (21.12.2016) rivolti ai dipendenti dell'azienda sanitaria.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Attività svolta a livello di DCS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Alimentare le banche dati informo e malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Attuazione al 31-12-2016 Sono state implementate le banche dati di INFORMO (inseriti n. 5 casi di infortunio gravi o mortali selezionati secondo i criteri individuati a livello regionale) e MAL.PROF (inseriti tutti i casi di malattia professionale in cui vi era evidenza di un nesso di causa o concausa tra la patologia segnalata e l'attività lavorativa svolta. Sono stati inseriti n. 147 casi)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 I dati di attività di ASUI UD e quelli relativi ai distretti di S. Daniele e Codroipo dove è stata garantita la copertura anche nel 2016, saranno inviati alla DCS entro la scadenza indicata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Tutte le verifiche di impianti ed attrezzature sono state inserite nel data base aziendale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Attività svolta a livello di DCS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 L'ASUIUD, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, ha partecipato alle riunioni del Gruppo Tecnico Inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali per affrontare il problema della presenza di nuovo metabolita dell'atrazina (DACT) nell'acqua potabile. Ha partecipato alla redazione del "Protocollo di indagine 2016", approvato in data 07.09.2016 provvedendo alla realizzazione del progetto pilota definito a seguito del programma di monitoraggio straordinario. Ha pertanto provveduto ad una serie di campionamenti dell'acqua potabile, in particolare , nei punti ove il metabolita superava i limiti di legge. Ha concordato con gli enti gestori degli acquedotti, secondo indicazioni del gruppo regionale, le azioni tecniche di abbattimento della DACT. Il progetto si è concluso nel novembre 2016 (nota del Direttore Centrale della Direzione Regionale Salute n. 18431/P del 16.11.2016)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto	Partecipazione delle aziende al tavolo VIS

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.	
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Operatori del Dipartimento di Prevenzione hanno partecipato ai lavori del tavolo di lavoro regionale, costituitosi nell'ambito del progetto CCM Tools HIA.</p> <p>Il progetto si è concluso con la approvazione di un documento contenente Linee di Indirizzo per la VIS, che è stato presentato dalla Regione Emilia Romagna, quale ente capofila del progetto, al ministero della Salute.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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.</p> <p>Dopo aver condiviso i contenuti formativi nell'ambito del tavolo VIS, individua in modo coordinato un'azienda referente, che con la collaborazione di ARPA realizza un evento formativo per progettisti e uno per operatori.</p>	Un evento formativo per progettisti e uno per operatori
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Operatori del Dipartimento di Prevenzione hanno partecipato all'evento formativo realizzato dall'Azienda referente (AAS2) in collaborazione con l'ARPA (13 dicembre 2016)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Sono stati effettuati 2 controlli progetto ECHA autorizzazioni presso due aziende (Polistuc e Elcrom).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In qualità di referente regionale per la cosmetico vigilanza, organizzare e realizzare un evento formativo per le imprese sul rischio chimico nei	Evento formativo realizzato

cosmetici ed in campo estetico (pigmenti per tatuaggio)	
Attuazione al 31-12-2016 E' stato realizzato un convegno regionale il 16 giugno 2016 per le aziende "end users" presso l'ASUIUD. I partner dell'iniziativa erano le associazioni di categoria.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	Evento formativo realizzato
Attuazione al 31-12-2016 I Dipartimenti di Prevenzione hanno identificato il settore del legno-arredo come settore economico di maggior rilievo regionale ed hanno identificato l'AAS5 come azienda capofila per l'organizzazione dell'evento formativo per le imprese di tale settore. L'evento è stato rinviato al 2017 ed è contenuto nelle Linee di Gestione del SSR per il 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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
Attuazione al 31-12-2016 I dati relativi agli ex esposti rivoltisi alla struttura (n. 13 persone visitate) sono stati inviati alla Commissione regionale Amianto per l'iscrizione nel registro regionale. Per i casi di mesotelioma segnalati nel 2016 (n. 5 casi) si è provveduto ad inviare il questionario RE.NAM al COR esclusi i casi inviati ad altra AAS per competenza territoriale, inviati da altra AAS che aveva iniziato ad istruire la pratica. Sono stati inviati n. 2 questionari.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016	

Su mandato della DCS é stato organizzato un corso per personale sanitario, pediatri e docenti delle scuole dall'IRCSS "Burolo Garofolo" il giorno 19 dicembre 2016 cui hanno partecipato per conto della ASUIUD un medico ed un assistente sanitario con lo scopo di realizzare nel 2017 una formazione a cascata rivolta alle scuole

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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 vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive)	Corso realizzato con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere)

Attuazione al 31-12-2016

E' stato realizzato il corso "I sistemi di sorveglianza per la prevenzione e il controllo delle malattie prevenibili con vaccino e per le patologie emergenti" nei giorni 11/10 e 4/11 /2016 con la partecipazione degli operatori dei servizi vaccinali e profilassi malattie infettive e servizi veterinari del Dipartimento di prevenzione. Il 19 ottobre 2016 formazione per i MMG - AFT di Udine e 13/10 a Cividale e 19/10 Tarcento.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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
---	----------------------

Attuazione al 31-12-2016

Esiste già da anni un protocollo operativo condiviso con la Clinica Malattie infettive.

E stata stesa e pronta una bozza secondo il format aziendale.

Tale bozza deve essere rivista con le nuove linee guida regionali che non sono state ancora ufficialmente approvate.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
--	-----------------------------

Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima	Evidenza del percorso sul sito internet aziendale
--	---

Attuazione al 31-12-2016

Sul sito internet è pubblicata la guida rapida sull'offerta attiva e gratuita del test HIV.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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	Miglioramento delle coperture vaccinali
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di	Report aziendale inviato alla DCS

farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi	
Attuazione al 31-12-2016	
Partecipazione al gruppo regionale. Già in atto collaborazione con Clinica Malattie infettive con apertura 2v/mese di un ambulatorio vaccinale presso Clinica malattie infettive per effettuazione vaccinazione dei soggetti HIV+ seguiti dalla Clinica. Protocollo per vaccinazione immunodepressi e altre categorie a rischio da formalizzare nel corso 2017.	
Predisposto report.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali. <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Indicatori regionali monitorati
Attuazione al 31-12-2016	
Gli indicatori regionali sono monitorati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza (AOUUD)	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
Effettuare la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici (AOUUD)	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
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
Attuazione al 31-12-2016	
Realizzato il corso "I sistemi di sorveglianza per la prevenzione e il controllo delle malattie prevenibili con vaccino e per le patologie emergenti" 11/10 e 4/11 /2016 con la partecipazione degli operatori dei servizi vaccinali e profilassi malattie infettive e servizi veterinari del Dipartimento di prevenzione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 - Adozione formale delle linee guida regionali
Attuazione al 31-12-2016	
Le Linee guida regionali sono state inviate dalla Regione con protocollo n° 18979 del 24 novembre 2016. E' in corso di definizione l'aggiornamento delle procedure aziendali e la loro formalizzazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano
Attuazione al 31-12-2016 Piani regionali realizzati. Partecipazione al gruppo di lavoro	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 La SOS Medicina Sociale invia regolarmente i dati settimanali di attività alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Realizzato un evento di sensibilizzazione e formazione per parrucchieri dal titolo:" Le patologie del capello e cuoio capelluto: causa, cura e misure di prevenzione" in data 29 febbraio 2016 presso l'ASUIUD. In collaborazione con le associazioni di categoria	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Nel corso del 2016 si sono svolte 3 edizioni di un corso di formazione sull'antimicrobial stewardship , che ha formato 90 medici	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Il report regionale non è stato ufficializzato dalla Regione. È previsto per il 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2.16. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
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
Attuazione al 31-12-2016 - gruppo costituito e referente aziendale individuato (nota 83558 del 16.12.2016 e succ. integrazioni) - obiettivi di piano individuati nella stessa nota 83558 del 16.12.2016 e succ. integrazioni)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF (AOUUD)	Report di autovalutazione
Attuazione al 31-12-2016 Autovalutazione predisposta in data 19.12.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Censimento effettuato. Monitoraggio al 31.12.2016 delle attività previste inviato alla DCS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Rilevata la presenza di sale iodato nell'85% delle imprese di commercio al dettaglio ispezionate (82 su 96) e nel 93% delle sedi di ristorazione collettiva (135 su 145) – dato su SISAVeR: report riferito al 2016 del 23.1.2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011	Evento realizzato
Attuazione al 31-12-2016 Evento realizzato il 13.12.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31-12-2016 L'ASUIUD, con i propri tecnici, ha partecipato all'elaborazione del Protocollo Regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31-12-2016 Effettuato il 100% dei controlli previsti (8 su 8)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: a) n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2016 b) il n .audit per settore programmati per il 2016 c) n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati d) n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
Attuazione al 31-12-2016 a) SIAN: 833 ispezioni PRISAN VETERINARI: eseguite 577 ispezioni su 347 ispezioni programmate in stabilimenti riconosciuti, 853 e 172 su 153 ispezioni programmate in stabilimenti registrati 852 b) SIAN: 6 audit come da PRISAN VETERINARI: eseguiti 13 audit contro 11 programmati in stabilimenti riconosciuti 853, 2 su 5 programmati in registrati 852, 2 su 3 programmati in riconosciuti 1069. (Non sono stati eseguiti: 3 audit su registrati 852 in quanto gli OSA hanno dichiarato di non	

svolgere attività di deposito all'ingrosso, 1 audit su stabilimento riconosciuto 1069 in quanto il riconoscimento risulta sospeso).

c) SIAN: 839 valutazioni del rischio, 84 campionamenti per controllo ufficiale + 31 monitoraggio radioattività.

Veterinari: eseguiti 206 campionamenti su 182 programmati

d) Esecuzione di 6 sopralluoghi congiunti con il SIAN (100% del programmato)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <p>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>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Relazione inviata alla DCS</p> <p>Realizzazione di: 1 corso di formazione per vegetali a San Pietro al Natisone, 1 corso per miele e prodotti dell'alveare a San Pietro al Natisone, 1 incontro informativo con la popolazione a San Pietro al Natisone e di 1 incontro informativo con la popolazione a Udine</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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>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>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Eseguito il campionamento in 11 allevamenti. L'esecuzione del piano è distribuita su 2016 e 2017 e si procederà ai prelievi mancanti nel corso del 2017 in concomitanza con la vaccinazione obbligatoria per Blue Tongue</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>Controllare gli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Eseguiti 100% dei controlli previsti.</p> <p>I controlli eseguiti sono 15 su 16 in allevamenti da ingrasso e 5 su 6 in allevamenti da riproduzione di cinghiali. Nel primo caso un allevamento era censito in maniera scorretta (>30 capi) nel secondo i controlli sono programmati a fine carriera al momento della macellazione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 al 31-12-2016 102% (eseguiti 35 su 34)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31-12-2016 100% (8 su 8)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31-12-2016 Eseguito il 100% (2 su 2)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria	
Sviluppo dell'assistenza primaria	
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
Attuazione al 31-12-2016 Non risultano pervenute indicazioni dalla Direzione centrale salute.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NON INVIATE INDICAZIONI REGIONALI
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
Attuazione al 31-12-2016 Con Decreto n. 51 del 21/3/2016 e Decreto n. 83 del 19/04/2016 "Avvio delle Aggregazioni funzionali territoriali per la medicina generale ai sensi del punto 3 dell'AIR sottoscritto il 21/12/2015 e approvato con DGR n. 39 del 15/01/2016" è stato dato avvio alle AFT e sono stati individuati gli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative. È stata avviata l'applicazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale con l'attivazione di 10 Aggregazioni Funzionali Territoriali (6 nel Distretto di Udine, 2 nel Distretto di Cividale e 2 nel Distretto di Tarcento). L'adesione dei Medici di medicina generale è stata del 100%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP per Azienda	Avvio di almeno 3 CAP entro il 2016
Attuazione al 31-12-2016 Sono stati attivati i C.A.P. di Manzano (decreto n. 477 del 5/10/2016), Cividale (decreto n. 753 del 7/12/2016) e Zugliano (decreto n. 827 del 29/12/2016).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 In ciascuno dei 3 Distretti sono stati organizzati almeno 2 incontri pubblici aperti alle associazioni	

e alla cittadinanza sulle principali azioni del distretto e sui servizi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari	
Accreditamento	
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
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Completare l'accreditamento di tutti gli ospedali <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Rispetto del programma annuale dell'organismo accreditante
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione al 31-12-2016 La collaborazione è stata garantita. L'azienda ha partecipato agli incontri regionali, alla definizione del regolamento regionale sul processo di accreditamento, alla presentazione della piattaforma regionale per la gestione del processo di accreditamento e alle attività pianificate per l'accreditamento delle strutture regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari	
Odontoiatria sociale	
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 regionale <i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i>	Entro giugno 2016 sarà definito un programma di graduale attuazione di quanto definito nell'apposito documento regionale
Attuazione al 31-12-2016 Dal 1° novembre, nell'ambito del programma regionale di Odontoiatria sociale, è stato attivato il pronto soccorso odontoiatrico nel Presidio Ospedaliero Universitario S. Maria della Misericordia	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari	
Cure palliative	
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.
Attuazione al 31-12-2016 Con decreto n. 803 del 29/12/2016 è stata costituita la "Rete Locale per le Cure Palliative" e, con decreto n. 804 del 29/12/2016 ne è stato nominato formalmente il responsabile.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari	
Salute Mentale	
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
Attuazione al 31-12-2016 Obiettivo stralciato con DGR 2549 del 23/12/2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2549 DEL 23/12/2016
Realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica	"Predisposizione di un'analisi e di una proposta di revisione della dotazione organica dei servizi di riabilitazione psichiatrica attraverso un gruppo di lavoro aziendale."
Attuazione al 31-12-2016 Un gruppo di lavoro aziendale ha collaborato con i referenti EGAS per la redazione di un documento sui percorsi di riabilitazione per le persone in carico ai servizi di salute mentale. Il gruppo aziendale ha collaborato e condiviso tale percorso con referenti delle AAS2 e AAS3. Si è giunti alla formulazione di un modello di co-gestione e co-progettazione del PTRP (progetto terapeutico riabilitato personalizzato, BIS) con il privato sociale; soggetto che da molti anni ormai collabora in modo integrato con il DSM. In questo senso "la riabilitazione è una delle funzione del CSM" che si esprime secondo il modello sopra individuato. Per quel che riguarda la dotazione organica nei CSM, si ribadisce quanto già evidenziato in varie sedi, sulla opportunità di dotare ogni singolo CSM di almeno QUATTRO Educatori, garanti sia per i percorsi di co-gestione con il privato sociale che delle continuità e piena integrazione con l'equipe multiprofessionale del CSM.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva</p> <p><i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i></p>	<p>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</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Dal 2015 il DSM è impegnato in un percorso di costruzione di modelli operativi efficaci per il passaggio della presa in carico dai servizi NPIA a quelli per l'età adulta. La differenza di modelli organizzativi fra il DSM e la NPIA, ancora maggiore con i servizi ospedalieri, non consente la definizione di regolamenti non applicabili nella pratica. E' stato invece possibile, viceversa sperimentare, una collaborazione mirata alla condivisione di "buone pratiche". L'Atto Aziendale in via di definizione potrebbe essere l'occasione per favorire una maggiore omogeneità e continuità tra i servizi che si occupano in diverse fasce di età e di situazioni che almeno parzialmente possono sovrapporsi e che certamente afferiscono anche ad altri servizi.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del comportamento alimentare</p> <p><i>Obiettivo integrato AOUUD AAS 4</i></p>	<p>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</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Dal 2015 si è avviata una positiva collaborazione tra l'ADCA, la NPIA e la Clinica Psichiatrica Universitaria strutturando alcuni livelli/percorsi di cura che possiamo così descrivere:</p> <p>primo livello - Servizio Unico per i Disturbi Alimentari (ADCA e NPIA)</p> <p>secondo livello: ricoveri programmati e percorsi in DH</p> <p>primo livello: trattamento integrato dei DCA in età evolutiva in regime ambulatoriale</p> <p>secondo livello: continuità nel trattamento anche durante il ricovero presso la Clinica Pediatrica</p> <p>primo livello: condivisione e accompagnamento dei percorsi di passaggio della presa in carico dall'età evolutiva a quella adulta (equipe stabili e miste tra la NPIA e l'ADCA)</p> <p>I gruppi di lavoro misti (territorio- ospedale) oltre ad aver condiviso processi operativi, hanno condiviso percorsi di formazione congiunta (che hanno coinvolto anche MMG e PLS) e hanno partecipato al "tavolo di lavoro regionale" per l'elaborazione del documento "Disturbi del Comportamento Alimentare - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale".</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze</p>	<p>Presenza di un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p>	

I distretti sono dotati di un punto unico di accesso valido per ogni possibile bisogno relativo al setting assistenziale distrettuale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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. 2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.

Attuazione al 31-12-2016

La partecipazione dei referenti è stata garantita.

Si è proceduto al regolare invio dei flussi informativi regionali all'osservatorio regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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
---	--

Attuazione al 31-12-2016

La partecipazione dei referenti è stata garantita.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

Produzione di almeno 3 indicatori di outcome	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.
--	---

Attuazione al 31-12-2016

Sono stati individuati 4 indicatori: abbandoni, suicidi, decessi per overdose e follow-up tabagisti, di cui è stato redatto un report.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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

Attuazione al 31-12-2016

La partecipazione dei referenti è stata garantita.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attivare il gruppo tecnico per la prevenzione dei suicidio e dei gesti autolesivi in carcere	Il gruppo tecnico è attivato
Attuazione al 31-12-2016 Il gruppo tecnico è stato attivato a settembre 2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 L'obiettivo è stato raggiunto. Il Direttore del Distretto di Udine ha nominato il gruppo tecnico aziendale che risulta attivo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Il 29 febbraio 2016 si è attivata la REMS provvisoria che ha accolto 2 pazienti (uno dall'ambito territoriale di Codroipo e una dall'ambito territoriale di Monfalcone). Si è costituita una equipe multiprofessionale ad hoc che ha lavorato, con lo strumento del progetto personalizzato formulando progetti di cura e di riabilitazione, collaborando con i Magistrati di riferimento, gli avvocati e i servizi titolari della presa in carico. Le buone pratiche adottate e l'evoluzione positiva dei percorsi di cura hanno permesso la dimissione di entrambi i pazienti nel mese di settembre 2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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"> - integrazione ospedale e assistenza primaria promuovendo azioni finalizzate alla migliore assistenza e consapevolezza nelle diverse fasi della gravidanza - predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non - azioni per la promozione di un ricorso appropriato al taglio cesareo, al parto operativo e al parto indotto - attivazione di percorsi che privilegino il ruolo dell'ostetrica nella gravidanza fisiologica e la gestione presso i servizi dell'assistenza primaria - adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita - temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani aziendali di formazione - implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500
Attuazione al 31-12-2016 - Durante il 2016 il gruppo intraaziendale Percorso Nascita, costituito dalle ostetriche dei tre Consultori Familiari, della Clinica Ostetrica Ginecologica, da responsabili infermieristici (di distretto, e del Dipartimento Materno Infantile ospedaliero), da un coordinatore infermieristico della direzione sanitaria aziendale, coordinati da un responsabile di distretto aziendale, si è incontrato con cadenza bimensile nelle seguenti date: il 28.01.2016, il 09.03.2016, il 04.05.2016, il 18.05.2016, il 09.06.2016, il 05.10.2016, il 15.12.2016. L'obiettivo degli incontri era finalizzato alla condivisione di buone prassi da parte delle professioniste ostetriche, in particolare volte ad assicurare la continuità di cure ospedale e territorio e viceversa, ad assicurare l'omeogeneità dell'offerta, l'attività formativa e di aggiornamento. Durante gli incontri è stato pertanto condiviso il documento interaziendale: "Protocollo continuità di cure ospedale e territorio a favore della gravida, neonato, bambino, adolescente e famiglia con bisogni complessi", trasmesso alla direzione sanitaria per l'esame ed approvazione in data 22.12.2016. - E' stata aggiornata la procedura per la "Prevenzione della morte materna" ed è stata predisposta la procedura per la prevenzione della morte del feto/neonato di peso > 2500 grammi	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON VI È EVIDENZA DELL'IMPLEMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ RELATIVA ALLA CARTA DEI SERVIZI PER IL

	PERCORSO NASCITA
--	-------------------------

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
Attuazione al 31-12-2016 I documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica sono stati distribuiti a tutti gli operatori interessati ed applicati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda ha contribuito con i propri professionisti alla stesura del documento regionale che definisce la rete ed il percorso assistenziale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari

Consultori familiari

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
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda ha collaborato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NEL 2016 NON SONO STATE DATE INDICAZIONI

REGIONALI	
3.3.2 Programmazione degli interventi socio sanitari	
Cooperazione transfrontaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare. 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
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda non è stata coinvolta in iniziative relative al tema.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>CUORE</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. <= 210 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2014 di 226,31 – fonte Bersaglio)</p> <p>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</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>1. 100% di utilizzo degli organi</p> <p>2. L'Azienda si attesta su un valore pari a 199,6</p> <p>3. E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>RENE</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>6. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>1. Nel corso del 2016 solo un nuovo paziente in dialisi è risultato idoneo per l'immissione in lista d'attesa. Il tempo impiegato per l'immissione è stato di 55 giorni</p> <p>2. 4 coppie hanno effettuato una valutazione psicologica per il trapianto da donatore vivente. Al fine di incrementare il N di coppie segnalate per il trapianto di rene da vivente, ha preso avvio un progetto formativo che ha visto coinvolte tutte le strutture di Dialisi della Regione FVG; sono state svolte N 4 edizioni del corso e formati N 115 operatori sanitari. Inoltre, nell'anno 2016 è stato svolto un corso FAD, promosso dal Centro Nazionale Trapianti, sulla donazione di rene da vivente a cui hanno partecipato N 100 operatori sanitari delle strutture di dialisi della regione FVG.</p> <p>3. Nessun caso di doppio rene marginale</p> <p>4. 90% utilizzo degli organi</p> <p>5. 27% pazienti in emodialisi sul totale</p>	

6. E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
FEGATO 1. Utilizzo presso il Centro trapianti degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)	1. Almeno l'85% 2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati
Attuazione al 31-12-2016 1. 81% al 31-10-2016 2. E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
PANCREAS 1. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	1. <= 53 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2014 di 67,59 x milione – fonte Bersaglio) 2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera pancreas
Attuazione al 31-12-2016 1. L'Azienda si attesta su un valore pari a 34,3. 2. E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
POLMONE 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	1. <= 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2014 del 82,16 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio) 2. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della filiera polmone
Attuazione al 31-12-2016 1. L'Azienda si attesta su un valore pari a 199,6 2. E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO
Audit organizzativo del Centro regionale trapianti con certificatore esterno	Esecuzione Audit con report
Attuazione al 31-12-2016 L'Audit non è stato effettuato per rinvio da parte del CNT.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.4.2 Emergenza urgenza	
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>1. Almeno 140 trattamenti</p> <p>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</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</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>3. Produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute di un report sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata. All'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale sui ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM (430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3)</p> <p>Il report dovrà essere condotto su un campione di cartelle con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodo di misurazione 1/7 – 31/12/16; - ricoveri <500/anno: 30 cartelle esaminate; - ricoveri > 500/anno: 50 cartelle esaminate; - rappresentativo delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, proporzionato al numero dei ricoveri anno di ciascuna unità operativa; - esclusione dal campione dei pazienti con esito di ricovero "deceduto".
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>1. L'azienda ha assicurato n. 153 trombolisi.</p> <p>2. La proposta di criteri operativi e i fabbisogni tecnologici è stata definita con documento prot. 47223 del 5.8.2016.</p> <p>3. Tutti i pazienti con ictus della Neurologia del Presidio SMM e della R.I.P. e G.C.A. del Presidio IMFR sono stati valutati con il Barthel Index e la Rankin Scale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
TRAUMA	- Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti - 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%)
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta L'Azienda si attesta sul valore del 63%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
PRONTO SOCCORSI ED EMERGENZA URGENZA 1. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1h 2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	1. Almeno 65% dei casi (media regionale 2014 del 66,19%) 2. \geq 75% (media regionale 2014 del 72,2%)
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda si attesta sui seguenti valori: - 67% di pazienti con codice verde visitati entro 1h - 78% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.3 Reti di patologia

Obiettivo	Risultato atteso
MALATTIE RARE Implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001	1. Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali 2. I dati sono inseriti nel registro regionale
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta. I dati sono stati regolarmente inseriti nel registro regionale.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO																
	2. OBIETTIVO RAGGIUNTO																
MALATTIE REUMATICHE	- Partecipazione ai tavoli regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico																
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici, quando richiesta.																	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE																	
1. Formalizzazione ed avvio della rete delle <i>cure palliative e terapia del dolore</i> .	1. Partecipare con propri professionisti all'elaborazione e organizzazione delle reti, ove richiesto.																
2. Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione per le strutture sanitarie pubbliche	2. Sono utilizzati gli strumenti di valutazione del dolore concordati nell'ambito della rete regionale																
3. Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.	3. Effettuare autovalutazione delle reti assistenziali e Hospice ai fini della riorganizzazione a seguito della formalizzazione regionale della rete																
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.	4. Revisionare la documentazione in uso e garantire l'invio mensile dei dati come da indicazioni																
5. Aumento dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni	5. >= 10%																
Attuazione al 31-12-2016																	
1. E' stata garantita la partecipazione dei professionisti aziendali ai tavoli tecnici																	
2. Sono regolarmente utilizzati nei vari setting assistenziali gli specifici strumenti di valutazione del dolore concordati nell'ambito della rete regionale																	
3. Obiettivo previsto per l'anno 2017																	
4. Revisionata la documentazione in uso e garantito l'invio mensile dei dati come da indicazioni																	
5. Negli ultimi anni la percentuale dei decessi per tumore in sedi non ospedaliere ha registrato un continuo aumento come risulta dai dati sottoriportati.																	
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Sede di morte</td> <td>2016</td> <td>2015</td> <td>2014</td> </tr> <tr> <td>Domicilio</td> <td>51,2%</td> <td>50,1%</td> <td>44,7%</td> </tr> <tr> <td>Ospedali per acuti</td> <td>48,8%</td> <td>49,9%</td> <td>55,3%</td> </tr> <tr> <td>Deceduti per tumore (v.a.)</td> <td>711</td> <td>730</td> <td>694</td> </tr> </tbody> </table>		Sede di morte	2016	2015	2014	Domicilio	51,2%	50,1%	44,7%	Ospedali per acuti	48,8%	49,9%	55,3%	Deceduti per tumore (v.a.)	711	730	694
Sede di morte	2016	2015	2014														
Domicilio	51,2%	50,1%	44,7%														
Ospedali per acuti	48,8%	49,9%	55,3%														
Deceduti per tumore (v.a.)	711	730	694														

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
REUMATOLOGIA Definizione di un modello organizzativo per l'attivazione di ambulatori reumatologici distrettuali di 1° livello	Modello definito entro il 31-10-2016
Attuazione al 31-12-2016 Modello organizzativo definito con documento prot. 14147 del 12/4/2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.4 Materno Infantile

Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Vedi Progetto Percorso nascita linea 3.3.2
Attuazione al 31-12-2016 Vedi Progetto Percorso nascita linea 3.3.2	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Parti cesarei	% Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati < 20% (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio)
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda si attesta sul valore del 23%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riduzione dei parti indotti farmacologicamente	<= 20% (valore medio regionale 2014 del 26,78%)
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda si attesta sul valore del 29,6%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4.5 Sangue ed emocomponenti

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%)
Attuazione al 31-12-2016 L'Azienda si attesta sul valore del +9% per il plasma per la lavorazione di sangue intero; per il	

plasma da aferesi la percentuale è pari al -0,8%. Il risultato complessivo conferma sostanzialmente i valori 2015, un trend generale di flessione delle donazioni ha avuto ripercussioni anche sul plasma da aferesi

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 inapproprietezza (superiore al 10%)

Attuazione al 31-12-2016

Nessuna struttura ha dimostrato un valore di inapproprietezza superiore al 10%; pertanto non sono stati necessari interventi specifici di rientro per quanto attiene agli emocomponenti consegnati ed eventualmente non utilizzati.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31-12-2016

Nella struttura di Udine non ci sono stati accessi di pazienti provenienti da RSA o Residenze per anziani; nella altre strutture trasfusionali sono stati definiti i percorsi per la trasfusionale extraospedaliera.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza

Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri	<ol style="list-style-type: none"> 1. % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica $\leq 30\%$ per gli adulti e $\leq 50\%$ per i pediatrici (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatrici – fonte Bersaglio) 2. % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni $\leq 4\%$ (valore medio regionale 2014 di 5,49% - fonte Bersaglio) 3. degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati $\leq 0,9$ (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 – fonte Bersaglio). 4. % di ricoveri ripetuti con stessa MDC in una struttura regionale, entro 30 gg $\leq 5\%$ (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).
---	--

Attuazione al 31-12-2016

L'Azienda si attesta sui seguenti valori:

- 43,8% di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica per adulti e 54,5% per i pediatrici;

<ul style="list-style-type: none"> - 5,5% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni; - 0,8 di degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati - 5,7% di ricoveri ripetuti con stessa MDC in una struttura regionale, entro 30 gg. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016	
Risultato raggiunto. Il Piano integrato per il contenimento dei tempi di attesa è stato definito in data 29.1.2016 prot. n. 4278/A.SVI.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016	
Tutte le prestazioni individuate dalla DCS ed erogabili presso il Presidio Ospedaliero di Udine e le altre sedi dell'ASUIUD sono prenotabili online con le priorità B, D e P.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: Specialistica ambulatoriale: priorità B >95%, priorità D >90%, priorità P >90% Ricoveri per interventi programmati: priorità A $\geq 95\%$ priorità B, C, D $\geq 90\%$
Attuazione al 31-12-2016	
L'Azienda ha partecipato con i suoi operatori ai gruppi regionali coordinati dall'EGAS e finalizzati a redigere i manuali operativi per la costruzione delle agende e accessibilità alla prenotazione.	
I dati relativi alle % di rispetto dei tempi d'attesa per l'anno 2016 secondo i criteri di rilevazione dei	

monitoraggi regionali (prenotazioni dei residenti ASUIUD in qualsiasi sede regionale), presentano i seguenti risultati:

Priorità B: nessuna prestazione con %>95;

Priorità D: 12 prestazioni con %>90 su 43 monitorate;

Priorità P: 25 prestazioni con %>90 su 43 monitorate.

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per gli interventi chirurgici garantiti dalle due strutture di ricovero, ospedale S.M.M. e CdC Città di Udine, si rileva il seguente risultato:

Interventi programmati in classe di priorità A: per un solo intervento (tumore utero) viene rispettato il tempo d'attesa (30 gg) per oltre il 95% della casistica, su 18 tipologie di intervento rilevate.

Interventi programmati in classe di priorità B: quattro interventi con % >90% su 17 erogati.

Interventi programmati in classe di priorità C: 10 interventi con % >90% su 14 erogati.

Interventi programmati in classe di priorità D: 10 interventi con % >90% su 11 erogati.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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)

Attuazione al 31-12-2016

La Regione nel 2016 ha modificato le modalità di rilevazione dei tempi d'attesa e centralizzato le attività di monitoraggio.

Il monitoraggio nazionale (ALPI e attività istituzionale) per le strutture ASUIUD è stato regolarmente trasmesso alla DCS ed al Ministero entro i termini previsti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31-12-2016

- Sono stati perfezionati gli accordi con le strutture private accreditate, con la commessa di prestazioni negli ambiti specialistici che presentano maggiori criticità per le liste d'attesa (prestazioni di radiologia e cardiologia, endoscopie digestive); alle strutture convenzionate sono stati inoltre richiesti interventi estemporanei in occasione di particolari criticità venutesi a creare per carenza di personale presso il presidio ospedaliero SMM (prestazioni ecografiche).

- Nell'ultimo bimestre del 2016 è stata attribuita alle strutture private accreditate la quota di compensazione prevista dall'accordo 2014-2016 per l'erogazione di prestazioni radiologiche in priorità B (RM e TC) per le quali si erano rilevate particolari criticità per tempi d'attesa.

Sono state destinate risorse contrattuali per l'abbattimento delle liste d'attesa o per il mantenimento delle attività in situazioni di carenza di organico, per alcuni specifici ambiti: riabilitazione, chirurgia generale, chirurgia vertebro-midollare, chirurgia toracica, cardiocirurgia, ortopedia, diagnostica per immagini, oncologia e radioterapia.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
---------------------------------------	----------------------------------

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
Attuazione al 31-12-2016 E' stata individuata la linea d'azione per 1 criticità emersa dall'indagine CARMINA riferita alla gestione degli eventi avversi sugli operatori. L'azione ha riguardato l'ambito della violenza su operatori e si è conclusa con la definizione della procedura aziendale..	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attività del gruppo regionale "Lesioni da pressione"	Prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno, esecuzione di un'indagine di incidenza
Attuazione al 31-12-2016 L'indagine di incidenza è stata svolta nei tempi indicati dalla Regione in 3 strutture campione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 È stata attuata la formazione in tema di qualità delle cure e sicurezza del paziente alla quale hanno partecipato operatori di entrambe le ex aziende (AOUD, AAS4)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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	- Analisi raccomandazione ministeriale - Elaborazione procedura integrata AOUD - AAS 4 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori - Implementazione di azioni specifiche nelle aree aziendali a maggior criticità
Attuazione al 31-12-2016 - La raccomandazione ministeriale è stata analizzata dal gruppo di lavoro composto ad hoc - La procedura rivista a seguito della costituzione dell'ASUIUD è stata formalizzata in data 1.12.2016 - Sono stati realizzati n.4 audit presso strutture nelle quali sono accaduti eventi riconducibili a violenza su operatore (2 in SOC Cardiocirurgia, 1 in SOC Clinica Ginecologica, 1 in Semintensiva Chirurgica); analisi dell'evento e impostazione delle azioni di miglioramento come da procedura	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici.	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dell'aderenza dell'attuale procedura aziendale alla raccomandazione ministeriale ed eventuale integrazione di contenuti - Omogeneizzazione delle attività (procedure condivise) e monitoraggio dell'implementazione in ambito ospedaliero e territoriale
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - E' stata valutata l'aderenza dell'attuale procedura aziendale alla raccomandazione ministeriale e sono state individuati gli aspetti di non aderenza (di tipo tecnico) - Le criticità individuate ordine tecnico potranno trovare soluzione con il trasferimento dell'area diluizione presso il CSL. Per quelle di ordine procedurale (prescrizione informatizzata) si mantiene il monitoraggio. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 1 rilevazione)
--	--

Attuazione al 31-12-2016

Monitoraggio è stato svolto presso la Cdr Cividale il 30/11/2016, la Quiete il 01/12/2016, RIP il 19/12/2016, Fisiatria Nord e Sud IMFR il 07/12/2016

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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)

Attuazione al 31-12-2016

Sono stati effettuati audit presso la Cardiologia e la Neurologia per pazienti con ≥ 10 farmaci alla dimissione.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali	Implementazione e monitoraggio in almeno 2 setting ospedalieri e 2 territoriali

Attuazione al 31-12-2016

Sono stati effettuati audit presso 2 strutture aziendali

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Obiettivo stralciato con DGR n.2549 del 23/12/2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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
Attuazione al 31-12-2016 La survey è stata realizzata nel 1° semestre 2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 fluorochinoloni
Attuazione al 31-12-2016 Nel corso del 2016 sono state diffuse le indicazioni sull'antimicrobial stewardship attraverso 3 edizioni di un corso di formazione specifico, la diffusione di vademecum per la gestione delle ICPA e specifiche riunioni con i professionisti referenti della linea di lavoro sulle infezioni (link professional)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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)
Attuazione al 31-12-2016 Vedi linea 3.2.15	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Il modulo è stato adottato su G2 ed è utilizzato dalle strutture aziendali.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 L'Handbook pazienti è reso disponibile sul sito internet aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.10 Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati

Supporto attività	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Supporto alle attività deliberate dall'Osservatorio Ambiente Salute
Attuazione al 31-12-2016 Non risultano richieste di supporto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
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
Attuazione al 31-12-2016 - Modello organizzativo definito.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 - Sono stati effettuati e seguiti incontri sul tema con i MMG in AFT; Distretto di Udine: 19/10/2016 (2 AFT), 17/11/2016 (3 AFT), 13/12/2016 (1 AFT). Distretto di Tarcento: 31/08/2016 e 22/09/2016; distretto di Cividale (07 e 12/9/2016 e 22/09/2016). Analisi costi e consumi per trimestre per la SOC Riabilitazione Intensiva Precoce (presso Osp. SMM), E Fisiatria Nord e Sud dell'IMFR. Consumi 2014/2015/2016 per SERT: (farmaci per disassuefazione, Antiretrovirali, Totale, DM). Effettuata comunicazione ai MMG sul tema della scheda medico il 28/07/2016 e 14/12/2016, sul tema della DPC il 18/02/2016. - E' stato inviato alle aziende il report trimestrale relativo ai farmaci H.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Perseguiti gli obiettivi specifici per i prescrittori a tutti i livelli con indicatori di risultato predefiniti.	

L'articolazione degli specifici obiettivi ed azioni sono esplicitate nelle schede di budget dei Servizi farmaceutici territoriale ed ospedaliero, dei prescrittori specialistici e negli Accordi Integrativi Aziendali dei MMG e PLS.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Gli obiettivi collegati alle prescrizioni di biosimilari sono stati attribuiti alle Strutture Cliniche di Oncologia di Ematologia e di Nefrologia per le quali maggiore è il significato delle alternative bio-similari. Il Servizio Farmaceutico Ospedaliero ha monitorato i profili prescrittivi con cadenza trimestrale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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"> - Si assicura il monitoraggio dei farmaci di Tab. 1 sotto riportata. - 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.
Attuazione al 31-12-2016 <ul style="list-style-type: none"> - Il monitoraggio è stato effettuato e comunicato via mail ai responsabili dei Distretti e ai MMG e PLS di Distretto - Su 9 classi in 5 sono stati raggiunti i target nazionali e su 6 sono stati migliorati i risultati 2015 - Nel 2016 sono state condotte dal DSM 974 valutazioni sull'appropriatezza dell'uso degli antipsicotici in casa di riposo in tutti i distretti; è stato inoltre effettuato un corso di formazione sul tema specifico dell'uso degli psicofarmaci presso una struttura privata. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	5/9 A TARGET (NON RAGGIUNTO) RAGGIUNTO PER LA PARTE APPROPRIATEZZA
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	L'AOUUD in tale ambito definisce con l'AAS4 di residenza del paziente, idonei percorsi che consentano la valutazione del rispetto di tali

medicinali che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR..	indicazioni
Attuazione al 31-12-2016 Attuate azioni di sensibilizzazione sui prescrittori territoriali (MMG – UDMG), distrettuali (specialisti convenzionati) ed ospedalieri con un miglioramento delle quote delle specialità garantite tramite gara regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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	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% delle strutture protette
Attuazione al 31-12-2016 Distribuzione diretta è assicurata presso tutte le strutture ex AAS4 ed ai migranti secondo indicazioni DCS FVG. (Nota inviata al direttore distretto di Udine il 29/08/2016) Revisione delle terapie effettuata in 4 CdR : Percoto, Risano, S. Giovanni al Natisone e S. Anna , pari al 25% delle residenze protette (4 CDR / 16 totali di azienda= 25%)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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,	- 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

accordi con le farmacie).	
Attuazione al 31-12-2016 Effettuata estrazione per CF di utilizzatori strisce per evidenziare potenziale sovrautilizzo. Email al centro diabetologico del 28/07/2016 per identificazione e risoluzione caso DFG	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO RAGGIUNTO PER LA PARTE MONITORAGGIO E PROTESICA
Ovviare 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
Attuazione al 31-12-2016 Attuato il monitoraggio delle mancate disponibilità di farmaci sul territorio e segnalate formalmente le criticità rilevate	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici	-Si assicura la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale -Entro il 31-12-2016 attivazione di tutte le strutture all'utilizzo dell'applicativo dedicato per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici – prima prescrizione e rinnovi- e avvio della prescrizione tramite sistema informatizzato.
Attuazione al 31-12-2016 - >80% delle prescrizioni per la distribuzione diretta ospedaliera sono effettuate con il PSM, compresi i piani terapeutici Per il territorio e IMFR, al fine di attivare il sistema PSM già disponibile, sono stati attivati i percorsi di avviamento con incontri tecnici e formativi tra le strutture aziendali e INSIEL. In particolare sono stati coinvolte le seguenti strutture: Distretto di Udine, DSM, Neurologia, Pneumologia e Cardiologia dell' IMFR.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO PSM DIRETTA NOMINALE = 95% PSM-PT: RAGGIUNTO
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	Si assicura la partecipazione alle attività regionali di farmacovigilanza E' individuato almeno un referente per dipartimento

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>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>E' stata garantita la partecipazione alle attività di farmacovigilanza e sono stati individuati i referenti in ciascun Dipartimento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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>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</p> <p>Si assicura il controllo dei Piani Terapeutici e il rispetto delle note AIFA per tali medicinali.</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Tutti i farmaci erogati soggetti a registro AIFA sono validati nell'appropriatezza d'uso e nella compilazione dei dati dai farmacisti in fase di distribuzione diretta</p> <p>Per tali medicinali i farmacisti assicurano anche il controllo dei PT e delle note AIFA in fase di distribuzione diretta</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>L'implementazione dei campi della cartella oncologica è pari al 95,4% dei pazienti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO ONCOLOGIA UDINE: 95,5%
<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</p>	<p>E' assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese.</p> <p>E' garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti)</p>

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	Il codice targatura è inserito a sistema per la distribuzione diretta in modalità PSM
Attuazione al 31-12-2016 - E' sempre stata assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese - Negli ambiti previsti è assicurata la copertura della fase 3 sulla fase 2 - E' inserito a sistema il codice targatura per la distribuzione diretta in modalità PSM	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE 2= 99.96%, TARGA 99,5%
Le 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
Attuazione al 31-12-2016 I dati identificativi dell'assistito sono inseriti nel sistema informativo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

	Risultato atteso o target 2016	Attuazione al 31-12-2016
Classe C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI	92,3%	76,2 %
Classe C09DA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI	99,3%	72,6 %
Classe C10AA - INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	85,9%	78,2 %
Classe G04CB - INIBITORI DELLA TESTOSTERONE 5-ALFA REDUTTASI	43,9%	44,8 %
Classe M05BA - BIFOSFONATI	93,9%	75,8 %
Classe N03AX - ALTRI ANTIEPILETTICI	69,1%	93,1 %
Classe N06AX - ALTRI ANTIDEPRESSIVI	57,1%	79,9 %
Classe N02CC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI 5HT1	69,2%	95,1 %
Classe S01ED SOSTANZE BETA-BLOCCANTI	35,7%	35,8 %

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Anziani	
Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale	
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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Al 31 dicembre 2016 erano attivi 66 progetti FAP-salute mentale nei tre Distretti aziendali; i progetti sono compartecipati finanziariamente dall'ASUIUD nella misura percentuale prevista.</p> <p>Tutti i progetti FAP - per la salute mentale - dedicati a persone in carico ai CSM sono stati condivisi con gli Ambiti/Uti, formalizzati in sede UVDM, sono stati sostenuti da un finanziamento congiunto (50% ASUIUD e 50% SSC).</p> <p>Le risorse che il DSM ha utilizzato sono, sostanzialmente, l'attivazione di servizi educativi di supporto alla persona (supporto alla domiciliarità, formazione, socializzazione, ecc.). Tali risorse rientrano tra gli strumenti istituzionali a disposizione (BIL, contratto con il privato sociale per le attività educative, riabilitative e per l'inserimento sociale, ecc.).</p> <p>Le risorse messe a disposizione sono da considerarsi aggiuntive.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Anziani	
Processo di riclassificazione delle residenze per anziani	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Garantire il supporto al processo di riclassificazione delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - 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); - valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2) - 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)

Attuazione al 31-12-2016	
Con Decreto del DG n. 124 del 27.06.2016 è stata integrata la commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private prevista dalla DGR 3586/2004 nominando nuovi membri esperti per i compiti previsti dal DPR n. 144/2015. Nel 2016 l'Asuiud non è stata coinvolta dalla Direzione Centrale Salute nel processo di riclassificazione per le strutture comprese nell'ambito territoriale né nella (FASE PRELIMINARE) né nella (FASE VALUTATIVA)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Anziani	
Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semi-residenziali già funzionanti	
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>
Attuazione al 31-12-2016	
<p>Avendo già completato entro il 2015 il percorso di audit in tutte le Residenze per anziani dell'Azienda, nel 2016 i Distretti hanno proceduto al monitoraggio delle azioni di miglioramento precedentemente concordate. I Distretti hanno trasmesso entro il 30.6.2016 la documentazione inerente le attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte.</p> <p>Relazioni agli atti (Distretto di Tarcento, prot. n. 25521/G11.1 del 17.5.2016; Distretto di Udine, prot. n. 37924/G11.11 del 30.6.2016; Distretto di Cividale del Friuli, prot. n. 25504/G11.15 del 17.5.2016).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 semi-residenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio
Attuazione al 31-12-2016	
Nell'ambito delle attività di audit e di promozione della qualità delle residenze è sempre stata verificata la completezza e la tempistica dell'utilizzo degli strumenti previsti. In caso di riscontrati ritardi nell'aggiornamento delle schede sono state inviate specifiche lettere di sollecito	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31-12-2016 Tutte le persone che chiedono l'accoglimento nelle strutture residenziali sono state valutate dalle équipes multiprofessionali distrettuali con la compilazione della scheda Val.graf	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Effettuata attività su 5 servizi per anziani non autosufficienti su un totale di 24	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31-12-2016 Il gruppo affido-adozioni aziendale è operativo. L'attività aziendale – ai sensi dei Protocolli siglati con gli Ambiti – si sviluppa attraverso gli interventi professionali di valutazione delle famiglie che danno disponibilità all'affido familiare e di sostegno alle famiglie affidatarie.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 Consulenti familiari
Attuazione al 31-12-2016 E' stata garantita la partecipazione dei referenti aziendali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.3 Piani di zona	
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
Attuazione al 31-12-2016 Le Assemblee dei Sindaci dei tre Ambiti distrettuali hanno approvato e sottoscritto l'atto d'intesa sugli obiettivi sociosanitari. Documentazione agli Atti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 SISTEMA INFORMATIVO

3.7.1 Sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzo della firma digitale	<ul style="list-style-type: none"> - Applicativi gestionali del G2 Clinico > 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e microbiologia >98% - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98% Per <ul style="list-style-type: none"> - ECG > 80%, se viene attivato il sistema di presa in carico dei tracciati firmati digitalmente dal sistema di conservazione sostitutiva regionale - Medicina trasfusionale > 98%, se viene attivata la firma digitale su EMONET
Attuazione al 31-12-2016 L'azienda si attesta sui seguenti valori: G2 Clinico 92% Laboratorio e microbiologia 98% Anatomia Patologica 100% Radiologia 100%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO: G2 CLINICO, RADIOLOGIA, CARDIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: LABORATORIO 93% OBIETTIVO STRALCIATO: LETTERA DIMISSIONE ED ECG
Attivazione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) al Pronto Soccorso Pediatrico	Il sistema è attivo
Attuazione al 31-12-2016 Il sistema è stato attivato presso il Pronto Soccorso Pediatrico della Clinica Pediatrica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale 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	Risultato atteso Diffusione della ricetta dematerializzata nei reparti sia per la specialistica sia per la farmaceutica

<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Attivate 4 strutture del Presidio Ospedaliero SMM (Ematologia, Oncologia, Neurologia, PS e Medicina d'Urgenza)</p> <p>La prescrizione dematerializzata (specialistica e farmaceutica) è stata inoltre avviata presso le seguenti strutture territoriali: Distretti Sanitari (personale convenzionato), DSM, Dipartimento Dipendenze, Dipartimento di prevenzione (per le strutture che prescrivono).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO SONO STATE CREATE LE CONDIZIONI PER ESTENDERE LA PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA A TUTTI I REPARTI, MA AL 31/05/2017 MENO DEL 22% DEGLI SPECIALISTI FA DEMATERIALIZZATA.
3.7.2 PACS	
Obiettivo	Risultato atteso
PACS	<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 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>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>a. Le diagnostiche ecografiche di ginecologia sono state collegate al sistema PACS e sono state attivate le stazioni di refertazione ambulatoriali. Per l'endoscopia digestiva tutte le postazioni diagnostiche sono state collegate alle liste di lavoro aziendali.</p> <p>b. E' stato attivato il percorso inter-aziendale di consultazione/visualizzazione fra la neurochirurgia e la radiologia/ps di Tolmezzo come caso d'uso sperimentale. La sperimentazione si è conclusa con successo ed attualmente il caso è operativo a regime. Gli aspetti relativi alla privacy sono stati affrontati dal gruppo di lavoro regionale.</p> <p>c. E' stato garantito il supporto al gruppo regionale per la raccolta delle esigenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	a. OBIETTIVO RAGGIUNTO b. OBIETTIVO RAGGIUNTO c. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.8 FUNZIONI INTEGRATE CLINICO ASSISTENZIALI E GESTIONALI

3.8.1 Funzioni integrate clinico assistenziali	
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.
Attuazione al 31-12-2016 L'azienda ha approvato con decreto n. 803 del 29.12.2016 il "Modello organizzativo della rete di cure palliative" che ha istituito la rete delle cure palliative e nominato, con decreto n. 804 del 29.12.2016 il referente della rete individuato nel Responsabile della S.O.S di Cure Palliative del Distretto di Udine.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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: - costituzione team interaziendale - identificazione di un caregiver a domicilio - attivazione di un modello di day service ricompreso nella funzione CAP- AFT Vedi anche Progetto Diabete linea 3.3.2
Attuazione al 31-12-2016 Il tavolo tecnico aziendale aveva identificato due progetti finalizzati alla gestione integrata, del paziente diabetico, e del paziente diabetico fragile, tra ospedale e territorio perseguendo i modelli della medicina di iniziativa. Il primo progetto è stato perseguito tramite un percorso di collaborazione tra ospedale e territorio (azienda unica) e l'identificazione di un care giver domiciliare. Il modello di day service interdisciplinare non è stato ancora applicato, essendo ancora in fase di avviamento nei CAP e vista la recente normativa specifica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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: - Riabilitazione generale - Riabilitazione cardiovascolare - Riabilitazione pneumologica
Attuazione al 31-12-2016 Sviluppati due percorsi di cura e contesti di presa in carico per trattamento riabilitativo in area Neurologica "Revisione ed Implementazione del modello per la presa in carico del paziente con	

<p>Morbo di Parkinson</p> <p>- Definizione dei criteri di elegibilità al percorso riabilitativo presso il Gervasutta dei pazienti avviati al percorso riabilitativo dall'AOUD" e "Revisione ed Implementazione del modello per la presa in carico del paziente con Sclerosi Multipla Amiotrofica</p> <p>- Definizione dei criteri di elegibilità al percorso riabilitativo presso il Gervasutta dei pazienti avviati al percorso riabilitativo dall'AOUD" rispettivamente prot. n. 86676/GB3 del 30.12.2016 e prot. n. 85779/GB3 del 29.12.2016 a cura della Direzione Medica del Gervasutta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Durante il 2016 è stata implementata la funzione del Punto Unico Integrato estendendo le competenze ai reparti di Ortopedia, Medicina, Neurologia e Oncologia; incrementando il ruolo di coordinando della funzione anche per i Distretti di Cividale e Tarcento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Implementato con l'attribuzione di un ulteriore fisioterapista il percorso di salute e continuità assistenziale nelle cure ospedaliere e nelle residenze intermedie; invariato il setting assistenziale domiciliare.</p> <p>E' stato attuato il percorso assistenziale di continuità ospedale-territorio di presa in carico del paziente anziano fragile che ha previsto le seguenti fasi: segnalazione, valutazione, definizione del progetto personalizzato, presa in carico sanitaria o socio-assistenziale integrata.</p> <p>E' stato attivato l'ambulatorio geriatrico a Cividale che garantisce competenze geriatriche in diversi ambiti: offrire consulenza ai MMG e alle strutture residenziali, favorire la permanenza a domicilio del paziente anziano evitando il più possibile ricoveri impropri e garantire il follow-up dei pazienti anziani fragili complessi dimessi dall'ospedale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Revisione del modello dell'offerta oculistica specialistica territoriale riorganizzando gli ambulatori territoriali verso la specialistica di primo livello, riconducendo progressivamente all'AOUD le agende indirizzate	Articolazione delle agende CUP per tutta la specialistica della branca garantendo il primo livello sul territorio
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Garantita l'offerta specialistica di oculistica dell'SMM presso il Distretto di Udine.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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)
Attuazione al 31-12-2016 Mantenuto presso il presidio SMM di Udine la funzione di prevenzione cardiovascolare; l'implementazione delle risorse della specialistica, variando l'ipotesi organizzativa iniziale, ha determinato il ripristino dell'offerta di cardiologi in emodinamica e di garantire presso i CAP attivati gli accessi specialistici programmati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Estensione dell'offerta urologica e andrologica nei distretti	Aumento dell'offerta presso il Distretto di Cividale e di Tarcento.
Attuazione al 31-12-2016 Incrementata di due ore l'offerta specialistica di urologia presso il distretto di Cividale; la funzione specialistica è prevista presso il Distretto di Tarcento entro il 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31-12-2016 Definiti ed attuati protocolli e procedure della nuova organizzazione conseguente alla presa in carico del CAD di Cividale e della Casa di Cura Città di Udine.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31-12-2016 Attività avviata ma non conclusa. Si prevede la prosecuzione del progetto nel 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.8.2 Funzioni integrate gestionali

Obiettivo	Risultato atteso
Avvio dell'integrazione di alcuni processi relativi alle seguenti funzioni amministrative e sanitarie:	Predisposizione di proposte di regolamenti aziendali con criteri di omogeneità e coerenza,

<ul style="list-style-type: none"> - Affari generali - Affari legali - Gestione risorse umane - Gestione amministrativa del personale e delle strutture convenzionate - Gestione amministrativa delle attività in libera professione - Attività economico finanziaria e fiscale - Medicina Legale - Farmacia aziendale 	<p>per ognuna delle funzioni</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Sono stati predisposte le proposte di regolamenti, procedure aziendali integrate sui seguenti funzioni: Farmacia, Affari Generali, Affari Legali, Risorse Umane.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>Avvio dell'integrazione di alcuni processi relativi alle seguenti funzioni sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestione prestazioni sanitarie (CUP) - Servizio delle professioni sanitarie 	<p>Avvio del percorso di unificazione tra AAS4 e AOUUD per ciascuna funzione che porti a individuare una responsabilità complessiva unica interaziendale</p>
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Sono state individuate le responsabilità uniche aziendali per la Gestione prestazioni sanitarie (decreto n. 433 del 21.9.2016) e per l'area delle professioni sanitarie (decreto n. 221 del 20.7.2016).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

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.

Attuazione al 31-12-2016

Il numero di tutor di estrazione ospedaliera è rimasto stabile (da 127 al 31/12 2015 a 130 al 31/12/2016).

Attualmente sono coinvolti tutti i DAI aziendali ed anche il Dipartimento di Area Vasta Trasfusionale.

Tutti gli studenti del CdLMMC da formare sono stati formati.

Manca evidenza della proposta del Collegio di Direzione delle altre due scuole di specializzazione a cui estendere l'esperienza del modello già avviato nel Dipartimento Chirurgico per i medici in formazione specialistica di Chirurgia Generale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.10 ALTRE PROGETTUALITA' AZIENDALI

3.10.1 Riorganizzazione attività cliniche	
Obiettivo	Risultato atteso
Realizzazione dell'unità senologica	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione referente di progetto entro 31-7 - Definizione del piano di riorganizzazione con cronoprogramma di attuazione, coerente con il documento della Conferenza Stato regioni 14/12/2014, entro il 31-10-2016. - Avvio del percorso di attuazione entro il 31-12-2016
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>Con decreto n. 465 del 30.9.2016 è stato approvato il "Programma aziendale di senologia" ed è stato incaricato il responsabile unico aziendale.</p> <p>Le complesse procedure di revisione e riorganizzazione aziendale conseguenti all'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 Friuli Centrale, che ha dato luogo alla nascita dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine in attuazione della legge regionale 17/2014, non hanno consentito di rispettare i tempi inizialmente previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riorganizzazione della chirurgia d'urgenza	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione referente di progetto entro 31/7 - Definizione del piano di riorganizzazione con cronoprogramma di attuazione, coerente con il documento della Conferenza Stato regioni 14/12/2014, entro il 31-10-2016. - Avvio del percorso di attuazione entro il 31-12-2016
<p>Attuazione al 31-12-2016</p> <p>L'attività è rinviata al 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Attivazione di posti letto dedicati all'epatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione referente di progetto entro 31-7 - Definizione del piano di riorganizzazione con cronoprogramma di attuazione, coerente con il documento della Conferenza Stato regioni 14/12/2014, entro il 31-10-2016. - Avvio del percorso di attuazione entro il 31-12-2016
<p>Attuazione al 31-12-2016</p>	

L'attività è rinviata al 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.10.2 Adozione di interventi per la gestione dell'invecchiamento della popolazione assistenziale - Progetto Age Management (secondo anno)

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.

Attuazione al 31-12-2016
Sono stati realizzati 3 meeting condotti da psicologi dell'ASUIUD per operatori di aree pilota identificate a maggior rischio di impatto emotivo.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Standardizzazione delle modalità di richiesta e refertazione della consulenza infermieristica	Applicazione di istruzioni operative e strumenti per l'erogazione di consulenza infermieristica.

Attuazione al 31-12-2016
La procedura e le istruzioni operative per l'erogazione di consulenza infermieristica risultano strutturate e diffuse attraverso intranet e la consulenza infermieristica (lesioni da pressione) risulta attivabile attraverso sistema G2.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.

Attuazione al 31-12-2016
Sono state definite di 5 aree di specialist e relative Job Description (specialist clinici e referenti organizzativi di Area Infermieristica/Ostetrica/Tecnico Sanitaria/della Riabilitazione e della Prevenzione). Risultano strutturate le JD dei referenti di struttura per i progetti: Lesioni da Pressione e Cadute; Risulta strutturata la JD dello specialist con funzione di case Manager Trapianti di Fegato

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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).

Attuazione al 31-12-2016
Sono stati misurati i volumi di attività in rapporto alle ore lavoro disponibili (range prestazioni/personale assegnato) per 5 linee di produzione, in aree pilota della PTF Spec. Centro Servizi e Laboratori per valutare la sostenibilità dei carichi di lavoro.
Le aree pilota per la sperimentazione (area medicina trasfusionale; area laboratorio centrale; area microbiologica; area chimica clinica; area assistenziale Radiologia Diagnostica) sono state definite; La sperimentazione risulta effettuata e i dati sono disponibili.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31-12-2016 E' stata effettuata la mappatura dei contratti flessibili (part-time) ai fini della revisione del regolamento degli orari di lavoro (integrazione dei regolamenti delle già aziende ASS4 – Medio Friuli e AOUD nel 2017) e strutturazione di bozza di modello informatizzato della turnistica da adottare a seguito di acquisizione di soft-ware dedicato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Acquisizione /aggiornamento delle competenze del personale con metodologia innovativa	Attivazione di percorso/i di formazione in videoteca per la Piattaforma dei Blocchi Operatori.
Attuazione al 31-12-2016 E' disponibile al team del Blocco Operatorio Chirurgico un percorso di formazione in videoteca (Esofagectomia mininvasiva, toracolaparoscopica in posizione prona).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire competenze negli avvicendamenti dei quadri intermedi	Risultano descritti i criteri per l'avvicendamento dei ruoli di coordinamento/direzione e degli <i>specialist</i> .
Attuazione al 31-12-2016 I criteri per l'avvicendamento dei ruoli risultano descritti in uno specifico documento a disposizione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Promozione di programmi di benessere fisico degli operatori	Proposta di programmi legati al benessere/adozione di comportamenti sani per il personale.
Attuazione al 31-12-2016 E' stato ridefinito il fabbisogno di sollevatori, letti (inclusi grandi obesi) barelle di PS e presidi ad alto scorrimento su tutte le strutture di degenza, in base ai criteri di complessità dei pazienti. Parte dei presidi/attrezzature risultano fornite al 31/12 con assicurata e documentata la formazione per l'uso in sicurezza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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	- Adozione delle istruzioni operative, specifiche per i diversi contesti individuati nella politica aziendale, entro giugno 2016

continuità delle cure (handover)"	- In almeno l'80% dei contesti individuati le istruzioni operative sono applicate correttamente
Attuazione al 31-12-2016	
<ul style="list-style-type: none"> - La politica aziendale è stata definita e diffusa in data 2.5.2016. - Le istruzioni operative sono state applicate correttamente con una compliance aziendale del 93%. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.10.4 Sistema informativo	
Obiettivo	Risultato Atteso
Individuazione e declinazione di un sistema uniforme per la Gestione Pazienti Dializzati	La soluzione è individuata
Attuazione al 31-12-2016	
La soluzione è stata individuata (Cartella Clinica MEDWARE)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Uniformazione di un sistema di refertazione ECG tra AOUUD /AAS4	La soluzione è stata attivata
Attuazione al 31-12-2016	
Il sistema è stato uniformato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare lo studio per l'implementazione di un sistema unico di Telefonia VoIP	Lo studio è stato prodotto
Attuazione al 31-12-2016	
Lo studio è stato prodotto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo dell'interfacciamento della Piattaforma per la formazione online (Moodle) con il sistema G-FOR	Interfacciamento implementato
Attuazione al 31-12-2016	
Sono stati implementati e testati tutti i servizi di interfacciamento fra la piattaforma HTL - basata su tecnologia Moodle - e Gfor per quanto riguarda l'istituzione di un corso accreditato ECM, l'iscrizione ed il superamento di un corso da parte dei discenti. In collaborazione con AAS 3 ed IRCSS Burlo Garofolo è stata anche testata la funzione di iscrizione on line.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

INVESTIMENTI
RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016	Esigibilità 2016
ASUI UD	Altri interventi	4.261.062,86	246.495,13
	Aree critiche	760.000,00	
	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	200.000,00	
	Interventi emergenti	424.318,72	
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	2.990.991,56	
	Odontoiatria sociale	60.000,00	
		8.696.373,14	

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
ASUIUD	ART.20 L. 67/1988 RIPRISTINO STRUTTURE PAD PETRACCO	2.065.827,60	1.382.250,00	441.461,07	72.004,65
	ART.20 L. 67/1988 NUOVO OSPEDALE DI UDINE III LOTTO	43.694.575,91	-	43.694.575,91	-
	BMT 2009	8.440.000,00	8.269.300,00	170.700,00	-
	BMT 2010	5.525.300,00	4.420.240,00	1.105.060,00	1.105.060,00
	BMT 2011	8.240.000,00	6.592.000,00	1.648.000,00	1.648.000,00
	BMT 2012	12.000.000,00	9.600.000,00	2.400.000,00	-
	RIQUALIFICAZIONE POLO OSPEDALIERO UDINESE (DA RIPROGRAMMAZIONE RR 2008 CIVIDALE)	3.931.204,92	770.941,43	3.160.263,49	-
	RIQUALIFICAZIONE POLO OSPEDALIERO UDINESE (DA RIPROGRAMMAZIONE RR 2009 CIVIDALE)	1.750.000,00	-	1.750.000,00	770.941,43
	NUOVO OSPEDALE DI UDINE III LOTTO	2.299.714,52	1.010.702,45	1.289.012,07	1.010.702,45
	NUOVO OSPEDALE DI UDINE IV LOTTO	29.800.676,94	-	29.800.676,94	-
	PROGRAMMA SUPERAMENTO OPG	625.158,40	-	625.158,40	59.627,90
	RIPRISTINO STRUTTURE PAD PETRACCO 1LOTTO	22.750,00	22.750,00	-	22.750,00
	RIPRISTINO STRUTTURE PAD PETRACCO 2LOTTO	50.000,00	50.000,00	-	50.000,00
	RIPRISTINO STRUTTURE PAD PETRACCO 3LOTTO	24.000,00	-	24.000,00	785,54
	RIPRISTINO STRUTTURE PAD PETRACCO 4LOTTO	11.977,77	-	11.977,77	11.977,77
	RILIEVO AZIENDALE 2004	4.440.000,00	3.552.000,00	888.000,00	888.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2005	1.072.100,00	857.680,00	214.420,00	214.420,00
	RILIEVO AZIENDALE 2006	6.223.000,00	4.978.400,00	1.226.600,00	1.226.600,00
	RILIEVO AZIENDALE 2006 ulteriore quota	90.000,00	72.000,00	18.000,00	18.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007	6.046.000,00	4.836.800,00	1.209.200,00	679.200,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007 ulteriore quota	500.000,00	400.000,00	100.000,00	100.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2008	6.346.000,00	5.076.800,00	1.269.200,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2009	8.477.000,00	6.781.600,00	1.695.400,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2010	8.810.297,00	7.048.234,60	1.762.062,40	989.666,60
	RILIEVO AZIENDALE 2011	9.900.000,00	7.920.000,00	1.980.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2012	6.656.000,00	5.324.800,00	1.331.200,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2014	1.113.324,00	890.659,20	222.664,80	-
	RILIEVO AZIENDALE 2015	4.152.000,00	-	4.152.000,00	-
	RILIEVO REGIONALE 2008 RIQUALIFICAZIONE PO CIVIDALE	318.795,08	318.795,08	-	318.795,08
	RILIEVO REGIONALE 2011 RISTRUTTURAZIONE IMFR GERVAUTTA	13.000.000,00	-	13.000.000,00	1.304.592,34
	RILIEVO REGIONALE 2011 RISANAMENTO PAD.8 NUOVE MEDICHE	2.300.000,00	-	2.300.000,00	108.436,82
	RILIEVO REGIONALE 2011 ADEGUAMENTO PADIGLIONE PETRACCO	1.200.000,00	-	1.200.000,00	129.797,29
	RILIEVO REGIONALE 2015	2.450.000,00	-	2.450.000,00	-
			201.575.702,14	80.175.952,76	121.139.632,85

TABELLA INDICATORI LEA

			ASUIUD	ASUIUD
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	86,90%	NON RAGGIUNTO
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	87,7 % 87,9 %	NON RAGGIUNTO
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	87,70%	NON RAGGIUNTO
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	86,90%	NON RAGGIUNTO
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	80,90%	NON RAGGIUNTO
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	52,3%	NON RAGGIUNTO
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	69,7	NON RAGGIUNTO
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	4,90%	NON RAGGIUNTO
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	RAGGIUNTO
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	RAGGIUNTO
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	RAGGIUNTO
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100%	RAGGIUNTO
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	RAGGIUNTO
13 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	22,00%	RAGGIUNTO
14 LEA	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	95,0	RAGGIUNTO
15 LEA	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 4%	4,35%	RAGGIUNTO
16 LEA	ASSISTENZA AI DISABILI Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	>= 0,6	1,21	RAGGIUNTO
18 LEA	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,41	RAGGIUNTO
19 LEA	FARMACEUTICA Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	<= 11,35% (valore regionale)	13,0%	NON RAGGIUNTO
20 LEA	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	6,78	RAGGIUNTO
21 LEA	SALUTE MENTALE Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab. (prevalenza)	>= 10	17,00	RAGGIUNTO
22 LEA	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	<= 140	126,0	RAGGIUNTO
24 LEA	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	41,66%	RAGGIUNTO
25 LEA	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,24 udine 0,19 gervasutta	RAGGIUNTO
26 LEA	Percentuale di parti cesarei	<20%	25,22%	NON RAGGIUNTO
27 LEA	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	62,95%	NON RAGGIUNTO
28 LEA	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	18'33"	RAGGIUNTO

Irccs "Burlo Garofolo"

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.

Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO

La proposta è stata inviata alla DCS con nota prot. n. RIS/DG/1/2016 dd. 3/6/2016 (prot. GEN. n. 4948 dd. 7/6/2016).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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".

Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO

E' stata inviata la nota prot. n. 5723 dd. 30/6/2016 "Atto ricognitivo dei posti letto – richiesta rinvio collegata all'Atto aziendale e successivamente la nota prot. 6415 dd. 25/7/2016 "Applicazione L.R. 17/2014- dotazione posti letto 30/6/2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sono state effettuate le comunicazioni richieste sia relativamente ai concorsi sia relativamente agli acquisti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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	
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO I Direttori, rispettivamente delle S.C. Neonatologia e TIN e Pediatria d'urgenza e PS, hanno partecipato ai tavoli tecnici di competenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Piano Sangue	
Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue vedi linea progettuale n. 3.4.5 a pag. 14	
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività a favore delle Strutture dell'Istituto viene svolta dal Dipartimento Immunotrasfusionale dell'attuale ASUI TS su base convenzionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.6. Piano Oncologico (vedi anche linea progettuale 3.2.2)	
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 oncoematologia pediatrica. Nel corso del secondo semestre 2016 si inizierà a darne attuazione.	
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO Come stabilito dagli indirizzi della programmazione regionale, l'Oncologia e l'Oncoematologia pediatrica faranno parte del documento di riorganizzazione della rete pediatrica regionale, che verrà elaborato entro il 30/9/2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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.	
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO Non sono stati attivati tavoli specifici per la redazione del Piano della Riabilitazione. L'istituto ha individuato e segnalato al referente regionale il personale che farà parte della sezione dedicata all'assistenza protesica.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NEL 2016 NON SONO STATI ATTIVATI TAVOLI SPECIFICI PER LA REDAZIONE DEL PIANO DELLA RIABILITAZIONE
--	--

3.1.8. Piano della Salute Mentale (vedi linea progettuale n. 3.3.2)	
Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano della salute mentale	
Attuazione al 31.12.2016- OBIETTIVO RAGGIUNTO Il Direttore della S.C. NPI ha partecipato attivamente a tutti i tavoli tecnici regionali che hanno elaborato i documenti di programmazione ed attuazione delle specifiche attivate approvati con DGR nel corso del 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia	
Nuovo risultato atteso – come da DGR 2549 dd 23.12.2016 Entro il 31.12.2016 viene completato il trasferimento dal Burlo all'AOUS delle funzioni analitiche assistenziali di medicina di laboratorio, comprensive dei beni, servizi e personale, con realizzazione presso il Burlo di un laboratorio satellite a risposta rapida	
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Il risultato atteso è stato modificato, così come richiesto con nota con nota prot. ASUI n. 5748 dd. 30.6.2016. L'assetto organizzativo ed i rapporti economici sono stati illustrati alla DCS con nota prot. ASUI n. 23850 dd 19.5.2016. Lo spostamento della funzione di laboratorio è avvenuto in data 14/12/2016, come da decreto n. 111 dd 14/12/2016 e come comunicato alla DCS con nota ns. prot. ASUITS n. 60879 dd 16.12.2016. Presso l'IRCCS è attivo un laboratorio spoke di ASUI TS e un laboratorio hub dedicato alle attività di diagnostica avanzata che vengono erogate a favore di ASUI TS e che nel corso del 2017 verranno erogate anche a favore di Gorizia e Monfalcone al fine di completare la riorganizzazione della funzione di laboratorio nell'area vasta giuliano isontina.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.16 Obiettivo raggiunto: inviata nota formale alla DSC (prot. 7287/2015: referente Direttore Sanitario dott.ssa Maggiore).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO L'Irccs ha garantito il proprio supporto per quanto di competenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato predisposto un protocollo condiviso con personale dell'ASUITS e IRCCS Burlo Garofolo	

(figure professionali coinvolte: oncologo, chirurgo, radiologo, genetista) per l'identificazione delle donne con profilo di rischio formale eredo-familiare per tumore della mammella.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Il personale dell'IRCCS ha partecipato in qualità di relatore al corso: "Carcinoma mammario: strategie di prevenzione e diagnosi precoce attraverso la corretta individuazione dei principali fattori di rischio (tre edizioni: 28 giugno, 28 settembre, 11 ottobre - di cui una presso l'Aula Magna dell' IRCCS Burlo) e al corso "Strategie di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e follow up. Gestione integrata tra MMG e Servizi aziendali" (edizione del 10.11.2016).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita
Attuazione al 31.12.2016 Nel corso del 2016 è stata rivista la procedura per quanto concerne alcuni aspetti clinici (fattori di rischio). Come concordato con la DCS, l'aggiornamento è stato inviato alla Regione per la formalizzazione e la successiva diffusione tra i punti nascita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Coordinare i lavori finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	Definizione della procedura regionale attraverso un percorso condiviso.
Attuazione al 31.12.2016 E' stata effettuata la ricognizione delle procedure seguite nei diversi punti nascita della Regione, tramite l'invio di un questionario predisposto dall'Istituto. In base a quanto segnalato dai diversi punti nascita è stata elaborata una bozza di procedura, che è stata condivisa nei primi mesi del 2017 (8/2/2017) e successivamente applicata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso.	Produzione del report di Attuazione del programma regionale.

Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO

Lo screening metabolico esteso è stato avviato il 1/4/2016. Una dettagliata relazione relativa all'attività svolta, che evidenzia la casistica tratta nel corso dell'anno, è stata inviata alla DCS con nota prot. 2119 dd 14/3/2017

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Eseguire 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.

Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO

Gli incidenti domestici vengono rilevati dal Pronto Soccorso ed è inoltre continuata la divulgazione del materiale informativo anche tramite il sito web dell'Istituto.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 Emergenza 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
Attuazione al 31.12.2016 Il registro è attivo e ha prodotto l'aggiornamento dei dati di incidenza e prevalenza della condizione all'anno 2015. E' stata inoltre valutata per il periodo 2011-2013 la distribuzione spaziale dei casi in regione. Il rapporto 2016 è stato predisposto e inviato in Regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere la sorveglianza dei programmi OKKIO, HBSC e Obesità in gravidanza	Report di monitoraggio dei programmi identificati.
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO I programmi di sorveglianza sono mantenuti e sono stati realizzati i report previsti dal programma.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.	Vedi allegato Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016.
Attuazione al 31.12.2016 Vedi Relazione Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente riportata in calce alla rendicontazione delle Linee progettuali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supportare AAS 1 nella formazione degli operatori sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino	Collaborazione con AAS alla realizzazione dei corsi.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Gli operatori dell'IRCCS hanno collaborato alla realizzazione all'evento formativo di ASUI TS in tema di vaccinazioni "Sorveglianza e prevenzione di malattie infettive prevenibili con vaccino", svoltosi il da 7.6.2016; è stato realizzato un corso di formazione residenziale accreditato ECM in 6 edizioni per il personale dell'istituto sul tema prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza che prevedeva una sessione dedicata alle vaccinazioni negli operatori come strumento di tutela della salute, oltre che degli operatori stessi, dei pazienti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Il personale dell'IRCCS ha partecipato al tavolo interaziendale dell'area triestina sul tema delle vaccinazioni, contribuendo attivamente all'introduzione della vaccinazione anti-pertosse per le donne in gravidanza a tutela della salute del nascituro a livello regionale con relative indicazioni operative.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

vedi allegato Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016

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

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.	Costituire un gruppo di lavoro aziendale Individuare un referente aziendale Adottare formalmente il piano finalizzato
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato formalmente costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare ed interaziendale, coordinato dalla dott.ssa Travan. Nel corso degli incontri del gruppo è stato condiviso un piano finalizzato ad aumentare la conoscenza degli operatori per favorire il numero di donne che allattano al seno in modo esclusivo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF.	Report di autovalutazione
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO	

L'autovalutazione del punto nascita è stata effettuata del gruppo di lavoro sopra descritto. Gli esiti sono stati consegnati al tavolo di lavoro regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.17 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

vedi allegato Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016

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;
<p>Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Per ottemperare alle procedure di autorizzazione e accreditamento di cui alle DGR 75/2016, 2220/2015, 1436/2011 e 1083/2012, sono stati coinvolti due professionisti dell'IRCCS per la valutazione dell'ASS5 di Pordenone per 5 giornate consecutive.</p> <p>Una professionista dell'IRCCS è stata altresì coinvolta nella valutazione delle PMA della stessa ASS5 e della struttura convenzionata Citta di Udine ai sensi della DGR 705/2007 e come valutatore del provider ECM dell'AAS3 (sede di San Daniele).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
<p>Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>In funzione della verifica regionale di cui all'oggetto e in ottemperanza delle procedure di autorizzazione e accREDITAMENTO di cui alle DGR 75/2016, 2220/2015, 1436/2011 e 1083/2012, sono stati effettuati numerosi sopralluoghi di preparazione a cui hanno partecipato gli operatori delle strutture e dei servizi visionati.</p> <p>A seguito dell'avvenuta verifica regionale d.d. 23-24-25 maggio 2016 per le strutture e servizi ospedalieri, del 20-21 giugno 2016 per la PMA (DGR 705/2007) e del 8-9-10 novembre per l'unità di manipolazione delle CSE (DGR 2528/2011) sono stati formalizzati i rispettivi verbali di accREDITAMENTO con riserva, ovvero con la richiesta di piano di adeguamento.</p> <p>Il suddetto piano, elaborato dal Responsabile per la Qualità e l'AccREDITAMENTO è stato inviato alle autorità e quindi declinato in azioni e scadenze compatibili con i monitoraggi richiesti. Sono state inviate le prime evidenze a supporto, secondo le prime scadenze previste il 21/12/2016 e 31/12/2016.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 qualitativi, 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.
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO Sono stati avviati gli incontri tra la Direzione strategica ed il responsabile regionale del progetto per concordare i percorsi per l'erogazione, come LEA, delle prestazioni odontoiatriche urgenti ed a favore delle categorie deboli, nell'ottica di dare attuazione a quanto previsto dalla DGR 1060 dd 10.06.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO E' continuata l'attività del gruppo regionale cure palliative pediatriche, già attivo, a cui partecipano professionisti dell'IRCCS Burlo Garofolo e rappresentanti delle figure professionali delle Aziende Sanitarie regionali coinvolti nelle rete di cure.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016 Sono proseguiti gli incontri, sebbene in maniera informale, con tutti i referenti per le CPP delle varie AAS presso la sede di Monfalcone per la discussione dei casi trattati. Il Direttore Sanitario e il Direttore della S.C. pediatria d'urgenza e PS hanno partecipato al tavolo regionale con il Direttore Regionale Area Servizi Assistenza Primaria	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare al percorso formativo regionale per i professionisti e gli operatori delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore.	<ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Sono stati organizzati 4 incontri tra i professionisti della rete regionale: 24/2/16; 13/04/16; 20/09/16 e 1/12/16.</p> <p>Sono stati organizzati 4 eventi formativi a valenza regionale organizzati entro il 31/12/16:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I percorsi certificativi e la presa in carico dei bambini con bisogni complessi, 25.5.2016 (AAS1_16048) - Le Cure Palliative Pediatriche: aspetti culturali ed etici, 29.9. 2016 (IRCBG_00606) - Le Cure Palliative Pediatriche: aspetti clinici e comunicazionali, 11.10. 2016 (IRCBG_00607) - Le Cure Palliative Pediatriche: aspetti clinici ed emozionali, 10.11. 2016 (IRCBG_00630) 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Gli strumenti di valutazione del dolore sono implementati nel triage del PS, nei verbali di PS, e in tutte le cartelle delle OBI e dei ricoveri. Per la misurazione del dolore nei bambini con deficit cognitivo vengono utilizzate scale apposite. Il reparto ha prodotto la unica validazione formale esistente in italiano della Non Collaborating Child Pain Checklist, scala per bambini con deficit cognitivo, produzione documentata da lavoro scientifico submitted a Italiana Journal of Pediatrics in corso di revisione.</p> <p>Per gli strumenti di valutazione del dolore vedi anche Relazione Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente riportata in calce alla rendicontazione delle Linee progettuali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Redigere il piano della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del Piano di azioni	Collaborazione, per quanto concerne l'età evolutiva, alla stesura del Piano della salute

nazionale per la salute mentale.	mentale.
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il Direttore della SC Neuropsichiatria infantile partecipa ai gruppi tecnici convocati dalla Regione; il tavolo è composto da specialisti dell'età evolutiva e dell'età adulta. L'obiettivo del tavolo regionale è di "garantire alla popolazione minore del Friuli Venezia Giulia, in maniera uniforme sul territorio regionale, la prevenzione, la diagnosi, la cura e l'abilitazione/ riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici e di tutti i disordini dello sviluppo nelle varie linee di espressione psicologica, cognitiva, linguistica, affettiva e relazionale.</p> <p>Il documento è corso di elaborazione e fra le tematiche trattate ed è compresa, fra le altre, la transizione all'età adulta ed il rischio suicidario. L'ultimo incontro si è tenuto il 14 dicembre 2016. I lavori proseguiranno nel corso del 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Viene svolta una costante attività di monitoraggio mediante riunioni collegiali (riunioni di rete con gli operatori dei Servizi Territoriali). Il gruppo di lavoro è costituito da professionisti dell'IRCCS . Inoltre nell'anno 2016 sono stati realizzati, con la collaborazione dell'Ufficio Formazione dell'IRCCS con i Distretti e con il Sert, 5 incontri formativi con ECM a cui hanno partecipato relatori esterni. Gli incontri vertevano sulla diagnosi e gestione degli adolescenti con disturbi del comportamento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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, relativamente alle fasi di passaggio.</p>	<p>Applicazione e sviluppo del PDTA Disturbi del comportamento alimentare definito con AAS1 nel 2015</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il personale della NPI (specialisti neuropsichiatri e psicologi) partecipano alle UVD (Unità Valutative Distrettuali), convocate per pazienti con disturbi del comportamento alimentare per garantire la continuità fra IRCCS e Territorio.</p> <p>E' stata inoltre garantita la partecipazione al tavolo tecnico sui disturbi del comportamento</p>	

alimentare convocato dalla Regione. Al tavolo partecipano specialisti dell'età evolutiva e dell'età adulta. Il documento è in corso di elaborazione. L'ultimo incontro per quest'anno si è tenuto il 19 ottobre 2016. Il prossimo incontro è convocato per il 13 gennaio 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

Dipendenze

non di pertinenza

3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

Sanità penitenziaria

non di pertinenza

3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

Ospedali psichiatrici giudiziari

non di pertinenza

3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

Riabilitazione

non di pertinenza

3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari

Percorso nascita

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".

Attuazione al 31.12.2016

I professionisti dell'IRCCS, Direttore Sanitario - Direttore S.C. Neonatologia e TIN – Direttore S.C. Patologia Ostetrica, hanno partecipato alle attività del Comitato

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

Misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012;	Conformità agli standard di cui alla DGR 1083/2012
--	--

Attuazione al 31.12.2016

La conformità è stata valutata in occasione della visita di accreditamento istituzionale .

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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)
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO I referenti aziendali hanno partecipato ai tavoli di lavoro, contribuendo alla stesura del documento finale, che è stato approvato e divulgato dalla Regione a tutte le aziende del SSR, nel mese di novembre 2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Percorso nascita integrato ospedale territorio.	Condivisione integrata con AAS1 del percorso nascita (Agenda della gravidanza);
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO DA STRALCIARE L'attività è bloccata per cause non imputabili all'Istituto. Nel II rendiconto quadrimestrale adottato con decreto n. 84 dd 30/9/2016 ed inviato alla DCS. è stato chiesto lo stralcio	
Motivazioni scostamento del risultato atteso L'attività è bloccata per cause non imputabili all'Istituto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO E' in atto una revisione continua con raccolta dati per la sorveglianza del ricorso a taglio cesareo e parto operativo, con relative indicazioni ed esiti materno-neonatali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Percorsi assistenziali omogenei adeguati al grado di rischio della gravidanza;	Condivisione, e formalizzazione di percorsi assistenziali omogenei, commisurati al livello di cura e adeguati al livello di rischio;
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato elaborato, all'interno del gruppo di lavoro interaziendale con ASUITS il "Protocollo d'intesa per garantire la continuità delle cure nelle situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il post-partum e per i bambini dopo la nascita" ed è stato inviato congiuntamente alla Direzioni Sanitarie di ASUITS e IRCCS Burlo Garofolo in data 22.12.16 E' stato inoltre realizzato l'evento formativo (FSC) rivolto a professionisti IRCCS Burlo Garofolo e ASUITS "La continuità di cura ospedale territorio per la gestione delle gravidanze a rischio psicosociale" (IRCBG_00673) nel periodo dal 10.10 al 31.12.16.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Carta dei servizi aziendale per il percorso	Condivisione con AAS1 della Carta dei servizi

nascita;	del percorso nascita della provincia di Trieste;
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO La carta dei servizi è stata elaborata e condivisa da un gruppo interaziendale composto dal personale dell'IRCCS e dal personale di ASUI TS, in particolare il personale dei distretti. I temi trattati nei vari capitoli vengono presentati secondo un ordine cronologico, alle varie fasi di affianca la descrizione dei servizi forniti dall'IRCCS in raccordo con quelli erogati da ASUI TS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 2016)
Attuazione al 31.12.2016 Vedi Relazione Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente riportata in calce alla rendicontazione delle Linee progettuali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione.	Organizzazione nel corso del 2016 di almeno un evento formativo inerente al percorso nascita
Attuazione al 31.08.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato realizzato il corso "La valutazione cardiotocografica in travaglio di parto" in data 21.12.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Percorso nascita	Predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato redatto un protocollo interno volto ad uniformare i percorsi di parto analgesia.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO Il protocollo è applicato nelle pazienti diabetiche seguite dall'IRCCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
<p>Attuazione al 31.12.2016 OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo di lavoro regionale che ha elaborato e redatto un documento dal titolo: "Linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva". Il documento è di imminente approvazione da parte del consiglio regionale</p> <p>Inoltre il responsabile ha partecipato al tavolo che si occupa della transizione all'età adulta; il tavolo è composto da specialisti dell'età evolutiva e dell'età adulta. Il documento è corso in di elaborazione e fra le tematiche trattate è compresa anche la transizione dei soggetti con autismo all'età adulta. L'ultimo incontro si è tenuto il 14 dicembre 2016.</p> <p>E' stato inoltre attivato un ambulatorio dedicato ai disturbi dello spettro autistico. La SC di NPI partecipa anche alla rete degli IRCCS pediatrici (rete IDEA) per attivare un network nazionale sui disturbi dello spettro autistico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Partecipare ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR su temi afferenti alla pianificazione regionale.	L'Istituto parteciperà alla condivisione di risorse per la messa a punto di una piattaforma comune tra enti di ricerca, aziende sanitarie e università per l'acquisizione, progettazione e gestione di finanziamenti UE diretti e indiretti, così come previsto dal Piano Strategico regionale e dalla pianificazione regionale specifica
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>A seguito anche dell'accordo Accordo di collaborazione tra l'Istituto, il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute, dell'Università degli Studi di Trieste,</p>	

dell'ASUI di Trieste e del Consorzio per il Centro di Biomedicina Molecolare Scrl per razionalizzare e potenziare le attività di acquisizione, progettazione e gestione di finanziamenti di bandi competitivi per progetti di ricerca e assistenza, l'Istituto ha già presentato, insieme con alcuni dei partner sopra indicati, due progetti sul bando per il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale Programma Operativo Regionale 2014 – 2020 (POR FESR) e altri cinque al Bando INTERREG V-A, Italia -Slovenia 2014-2020. E' stata inoltre avviata specifica formazione dall'Ufficio Formazione dell'Istituto coinvolgendo anche gli altri enti interessati.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti: non di pertinenza

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.

Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016

% di Codici verdi visitati entro 1 h= 77,58%.

Motivazioni scostamento del risultato atteso

L'indicatore non è in linea in quanto, come già specificato con nota prot. 4985 dd 22/6/2015, la percentuale dei codici verdi in un Pronto Soccorso pediatrico è superiore a quella di un pronto soccorso per adulti, in quanto il dolore è la causa più frequente di accesso al pronto soccorso pediatrico (presso l'IRCCS Burlo Garofolo il 65% del totale degli accessi ha il codice verde). Si precisa inoltre nel PAO 2016 è stato chiesto l'abbassamento della soglia al 65%, così come prevista per i centri hub.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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%**.

Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016

% di pazienti con codice verde non inviati a ricovero 96,4%.

L'indicatore è in linea.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3.4.3 Reti di patologia**Malattie rare**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rilancio della rete malattie rare (nota 1)	Redazione condivisa di almeno 3 percorsi assistenziali formalizzati

Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO

Per le malattie rare sono stati redatti e condivisi i seguenti PDTA:

- intolleranza al fruttosio
- Beckwith- Wiedemann
- Cistinosi.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

Partecipare al percorso di individuazione dei centri regionali, extra-regionali ed organizzativa internazioni che costituiscono riferimento per i singoli gruppi di malattia come previsto dal DM 279/2001	Partecipazione al percorso di individuazione.
--	---

Attuazione al 3.11.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO

E' stato inviato l'aggiornamento richiesto con nota prot. 7284 dd 5/9/2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
--	-----------------------------

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.
---	---

Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO

I pazienti con nuova diagnosi di Malattia Rara afferenti all'Istituto sono stati regolarmente segnalati al Registro Malattie Rare Regionale. Totale 2016:1032 pz

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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.

Attuazione al 31.12.2016

Per le malattie reumatiche sono stati redatti e condivisi i seguenti PDTA:

- Dermatomiosite

- Kawasaki.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.3 Reti di patologia	
Cure palliative e terapia del dolore	
<i>Vedi la linea progettuale 3.3.2</i>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Sono stati elaborati i dati di attività regionali relativi ai ricoveri pediatrici (per tipologia, struttura ed età) ed ai parti (per struttura con indicazione della frequenza dei tagli cesarei e del parto operativo). I dati sono stati inseriti nel PAO 2017 e condivisi in tale contesto. Sono risultati propedeutici alle attività che verranno sviluppate nel corso del 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico mediante:	
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica.	Implementazione del PDTA concordato con AAS1 sulla gestione da parte delle ostetriche del percorso della gravidanza fisiologica
Attuazione al 31.12.2016	
L'attività è bloccata.	
Motivazioni scostamento del risultato atteso al 31.12.2016	
L'attività è bloccata in quanto la richiesta sulla gestione da parte delle ostetriche della gravidanza fisiologica è stata bloccata: è stato chiesto lo stralcio di tale obiettivo nel II rendiconto quadrimestrale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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 Bersaglio).	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).
Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016	
Indicatore in linea	

% di parti cesarei depurati (NTSV) = 15,34 %.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2014 pari a 26,78% - fonte Bersaglio).	Mantenimento dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20% (valore medio regionale 2014 pari a 26,78% - fonte Bersaglio).
Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016 Indicatore in linea % di parti indotti farmacologicamente = 17,2% – si segnala che, come già condiviso con DCS, vi è un'incongruenza tra la descrizione dell'indicatore "parti farmacologicamente indotti" ed il dato calcolato dalla DCS, il quale si riferisce ai parti indotti – il dato proposto è quello relativo ai soli parti farmacologici (escluse altre forme di induzione quale l'amniorexi)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 anestesiologicala.	Predisporre un documento da inviare alla Direzione Centrale Salute 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); - la definizione di ipotesi di nuovi modelli organizzativi regionali.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Il documento, contenente l'analisi dei ricoveri e le ipotesi di nuovi modelli organizzativi, è stato inviato alla DCS con nota prot. 7971 dd 30.09.2016.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Nel corso del 2016 si è riunito il Comitato interaziendale per il Buon uso del sangue, che si occupa delle attività di monitoraggio del rischio trasfusionale e della messa in atto di tutte le procedure previste dal normativa e dai regolamenti per la riduzione del rischio .	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Verificare l'appropriatezza delle richieste trasfusionali e promuovere l'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una	Mantenimento delle attività previste dal COBUS (proporzione di sacche consegnate e non utilizzate inferiore al 15%) e azioni

riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata organizzativa (superiore al 10%)	specifiche nei contesti ad elevata inappropriata (ossia superiore al 10%).
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Nel corso del 2016 si è riunito il Comitato interaziendale per il Buon uso del sangue, anche al fine di mantenere elevati gli standard misurati dagli indicatori di qualità e di promuovere azioni specifiche al fine di ridurre sempre più un uso inappropriato del sangue.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rinnovo biennale dell'accreditamento.	Contributo, per quanto di competenza, all'ottenimento del rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento di Medicina Trasfusionale.
Attuazione al 31.12.2016 -- OBIETTIVO RAGGIUNTO	
A seguito della scadenza (04/02/2016) del decreto DCS 827 SPS del 14/10/2015, che attestava l'autorizzazione e "accreditamento a pieno titolo" delle attività trasfusionali in capo al DIMT (Dipartimento Integrato di Medicina Trasfusionale dell'area giuliano isontina del Friuli Venezia Giulia, afferente all'ASUITS - Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste) e delle attività di manipolazione e criopreservazione delle cellule staminali emopoietiche in capo all'IRCCS Burlo Garofolo, in data 8,10 novembre, si è svolta la verifica di rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento della branca specialistica medicina trasfusionale ai sensi della DGR 2528/2011. L'unità di manipolazione e criopreservazione delle CSE ha superato la verifica con una sola non conformità, ottenendo l'"accreditamento con riserva con piano di adeguamento". La Direzione Centrale Salute regionale non ha ancora prodotto il decreto che sancisce tale risultato, attualmente formalizzato attraverso un "verbale di verifica".	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire i livelli di assistenza previsti cercando, nel contempo, l'appropriatezza ed il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni	
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) (Nota 1)
Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016	
% di DH medici con finalità diagnostica (età pediatrica)= 48,94%	
% di DH medici con finalità diagnostica (età adulta)= 51,60% (si tratta di DH riguardanti il monitoraggio intensivo di situazione patologiche di interesse ostetrico, legate alla gravidanza o preesistenti alla gravidanza)	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO: DH PEDIATRICI OBIETTIVO STRALCIATO: DH ADULTI
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%
Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016 L'indicatore ed il collegato obiettivo sono stati stralciati con DGR 2186 dd 18.11.2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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.
Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016 Indicatore in linea Degenza media pre – operatoria = 0,88	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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%.
Attuazione dell'indicatore sanitario al 31.12.2016 Indicatore non in linea % di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto con la stessa MDC = 6,35% Si riferiscono prevalentemente ai ricoveri effettuati presso la SC Patologia Ostetrica (NB – L'Istituto è riferimento regionale per i casi critici in corso di gravidanza)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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%.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO I tempi di attesa sono monitorati secondo i criteri definiti e formalizzati nel PAO, così come consolidato dalla DGR 349/2016. I tempi d'attesa per le prestazioni ginecologiche sono stati rispettati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

<p>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.)</p>	<p>Si assicura la garanzia per le prestazioni specialistiche pediatriche per le priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>I tempi di attesa sono monitorati secondo i criteri definiti e formalizzati nel PAO, così come consolidato dalla DGR 349/2016. I dati trasmessi dalla DCS evidenziano, per alcune specialità, lo sfioramento rispetto alla soglia, anche perché la rilevazione regionale non tiene conto delle attività di riorganizzazione dell'offerta, basata sull'anticipo di appuntamenti già fissati in relazione all'apertura di nuovi ambulatori. In alcuni casi inoltre gli utenti non hanno accettato di anticipare l'appuntamento. Si ribadisce inoltre che non viene effettuato un controllo di qualità rispetto ai criteri di priorità a livello regionale (viene effettuati solo a livello di Istituto tramite l'invio ai PLS delle prescrizioni non conformi ai criteri di priorità).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>Mantenere il monitoraggio regionale e il monitoraggio ministeriale</p>	<p>Mantenere il monitoraggio regionale e il monitoraggio ministeriale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>I monitoraggi regionali e ministeriali sono stati garantiti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<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>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>Per tutte le tipologie d'intervento indicate nel monitoraggio vengono rispettate le percentuali di soddisfacimento dei criteri di valutazione. Da marzo 2016 tutti gli interventi vengono inseriti in lista di attesa chirurgica informatica su G2 clinico. L'utilizzo del sistema è partito inserendo le pazienti già prenotate sui registri cartacei è possibile quindi che il dato risulti incompleto. Il sistema è andato a regime a partire da giugno 2016, da quella data tutti i dati sono completi.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino, assumendo ogni modalità</p>	<p>Viene rispettato il rapporto tra attività libero professionale e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino.</p>

organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate, oltre che delle risorse previste dalla LR n. 7/2009.	
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO RAGGIUNTO Il rapporto tra attività istituzionale e libero professionale è garantito.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.4.8 Rischio Clinico vedi allegato "Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016"	
Vedi Relazione Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente riportata in calce alla rendicontazione delle Linee progettuali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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);
Attuazione al 31.12.2016 Vedi Linea 3.4.4	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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.	Vedi punto 10 dell'allegato Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2016.
Attuazione al 31.12.2016 Vedi Relazione Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente riportata in calce alla rendicontazione delle Linee progettuali - punto 10.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
<p>Monitoraggio al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il Servizio di Epidemiologia dell'IRCCS ha realizzato su richiesta dell'Osservatorio Ambiente Salute (prof. Fabio Barbone) una revisione sistematica della letteratura sulla durata dell'esposizione ad inquinanti atmosferici e rischio di aborto spontaneo e una revisione su fattori di rischio di aborto spontaneo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5 Assistenza Farmaceutica – AFIR

Assistenza Farmaceutica	
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.
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>A seguito dell'analisi dei dati mensili dell'anno in corso sulle prescrizioni, la SC Farmacia e la SC Pianificazione hanno convocato un incontro con i Referenti delle Unità della SC Oncoematologia e della UCO Clinica pediatrica. Attraverso l'analisi dei dati rilevati, sono state condivise aree critiche e di possibilità di miglioramento dai singoli partecipanti. Vengono inoltre svolti incontri di audit volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito di PTO viene condivisa la reportistica in ambito di prescrizione di antibiotici da inviare alle unità. Vengono inoltre analizzati gli aspetti di appropriatezza, in termini di miglior rapporto rischio beneficio, per le molecole di nuova introduzione.</p> <p>Per quanto concerne l'AFIR si è stato definito protocollo per la continuità assistenziale con AUSITS. Nel protocollo sono state esplicitate le modalità di gestione dei prodotti AFIR in regime di dimissione protetta.</p> <p>Per quanto concerne la farmaceutica, nell'ambito della continuità assistenziale, vengono trattate anche la modalità di erogazione farmaceutica diretta con particolare attenzione rispetto le terapie off label.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Condividere con AAS 1 specifici obiettivi di appropriatezza per i prescrittori territoriali ed ospedalieri.	Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori ospedalieri
<p>Attuazione al 31.08.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>In data 5/07 è stata inviata nota a tutti gli specialisti relativamente alla prescrizione dei farmaci soggetti a DPC, in particolare per alcune specialità. Si sottolinea l'opportunità di sfruttare il vantaggio economico della gara.</p> <p>Per fornire feedback agli specialisti è stata chiesta la collaborazione di ASUI TS nell'individuare la molecole a maggior impatto economico, tramite l'invio periodico di report da parte del Servizio Farmaceutico di ASUI TS. Viene appurata la necessità di condividere i dati di prescrizione territoriale e l'individuazione delle seguenti azioni seguenti da intraprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> – verifica delle prescrizione di farmaci a base di somatropina sui dati forniti da ASUITS (verifica opportunità riduzione costi specialità a gara e disponibili in Egas) – informazione sulle nuove indicazioni delle EBPM e distribuzione diretta delle 648/96 <p>verifica periodica delle prescrizioni territoriali a pazienti pediatrici (off label, 648/96).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Promuovere l'utilizzo di bio-similari.	Promozione dell'utilizzo dei bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il

	<p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il 100% dei pazienti naive del 2016 viene trattata con biosimilare per quanto riguarda la terapia con biologico (infiximab). Per quanto attiene il filgrastim nella riunione di PTO del 27 luglio viene definitivamente condiviso l'utilizzo del biosimilare in oncologia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>L'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto viene promosso in ottemperanza a quanto stabilito dalle aggiudicazione gare regionali e verificato in ambito di PTO.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Le attività di verifica e miglioramento, anche in termini di economicità del sistema, vengono trattati nell'ambito della commissione di continuità assistenziale con ASUITS e nelle scelte di PTO.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per assistenza integrativa, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici. Attivare in ambito aziendale ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso - Favorire la distribuzione diretta - Prevedere, oltre ad azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva, modalità di erogazione vantaggiose per il SSR, anche attivando iniziative in collaborazione con le

integrativa	altre Aziende Sanitarie
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO E' svolta nell'ambito della continuità assistenziale per presidi AFIR. Le prescrizioni vengono ricondotte sempre quando possibile a materiali aggiudicati in gara regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2186/2016
9. Informatizzare le prescrizioni.	- Garanzia della copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico, tramite PSM, per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale. - 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.
Attuazione al 31.12.2016 – PARZIALMENTE RAGGIUNTO Le prescrizione nominali (ad es per i farmaci ad alto costo) vengono inserite in psm per tutti i farmaci disponibili in magrep (come verificabile dallo scarico BO). Nel mese di settembre è stata avviata la formazione per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici, sono stati individuati i prescrittori in linea con le indicazioni regionali. Per quanto riguarda i piani terapeutici sono stati individuati i reparti "pilota" e le prescrizioni informatizzate verranno attivate nei primi mesi del 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PSM DIRETTA NOMINALE 57% PSM-PT NON TUTTI I REPARTI
10. Promuovere le iniziative di farmacovigilanza, anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettuali definite dalla DCS.	Individuazione tra il personale medico e/o infermieristico di un referente per la farmacovigilanza per il dipartimento pediatrico e materno neonatale.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Sono stati individuati e nominati i referenti aziendali per UUOO	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
11. Assicurare la corretta prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, nel rispetto delle indicazioni prefissate.	- Prescrizione dei medicinali soggetti al registro AIFA nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti. - Erogazione di tali farmaci solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri.

	- Garanzia, anche attraverso l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, del controllo dei piani terapeutici e del rispetto delle note limitative AIFA.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO I registri vengono implementati, i farmaci vengono erogati a fronte di apposita documentazione, tutte le indicazioni sono disponibili sia web che in cartaceo quando non disponibile il web (dati disponibile dal sistema dei registri).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
12. Implementare la cartella oncologica pediatrica informatizzata	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.
Attuazione al 31.12.2016 - OBIETTIVO DA STRALCIARE L'attività non può essere completata in quanto la cartella informatizzata non è ancora di fatto utilizzabile perché manca la parte più rilevante quella che riguarda il Foglio Unico di Terapia (FUT) che non è ancora stata completata da INSIEL.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2186/2016
13. Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	- Viene garantita l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. - Garantire l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) - Inserito a sistema il codice targatura in fase di erogazione dei medicinali, ove possibile.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Vengono verificati i dati inseriti come da monitoraggio fornito dalla Regione mensilmente. La maggior parte dei dati relativi al flusso dell'ospedalizzazione vengono inseriti dal magazzino centrale. Per tutti i farmaci gestiti a buffer vengono inseriti i codici richiesti e verificati gli errori su richiesta Egas. Vengono inoltre fatte delle verifiche e segnalati gli errori ad Egas.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE 2: 99.05%; TARGATURA 97,2%
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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Tutti i farmaci (disponibili in MAGREP) in erogazione diretta vengono inseriti in PSM con identificazione di C.F. e individuazione di modalità di distribuzione primo ciclo/diretta. Viene	

alimentato il sistema Siasi per i fuori regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
15. Aderire all'UFA dell'Azienda ospedaliero Universitaria di Trieste	Redigere un progetto di fattibilità con il relativo cronoprogramma, in collaborazione con AOOUTS, per l'allestimento dei farmaci antiblastici.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Come previsto dagli accordi presi in data 27.05, il Burlo ha effettuato la revisione dei protocolli per la preparazione di antiblastici. E' stato elaborato un piano di fattibilità aziendale, contenente l'analisi dei fabbisogni per il 2017, al fine di iniziare l'attività nei primi mesi del 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Il progetto è stato avviato e la AAS regionali hanno inviato la loro richiesta di fabbisogno relativamente alle preparazioni galeniche magistrali pediatriche nell'ottica di centralizzarne la preparazione presso l'Istituto. Inoltre in seguito ad un percorso di condivisione dei bisogni degli enti SSR in data 24 novembre i referenti per tutte le aziende hanno condiviso il percorso di responsabilità. Il verbale dell'incontro è disponibile ed è stato inviato dalla Regione a tutti gli Enti coinvolti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI**3.6.1 Anziani**

non di pertinenza

3.6.2 Minori - Affidamento e adozione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supportare AAS1 per le procedure di affidamento 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 affidamento e adozione.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO In data 26.07.2016, a fronte della necessità di individuare un percorso assistenziale per i bambini adottati, è stato realizzato un incontro tra i referenti di ASUITS e dell'IRCCS Burlo Garofolo. È stato condiviso un percorso relativamente alle prestazioni sanitarie da eseguire presso l'Istituto prima della scelta del PLS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Nell'ambito dei Piani di Zona, il personale dell'IRCCS ha contribuito alla creazione della nuova "Scheda di segnalazione" quale strumento da utilizzare per l'attivazione della rete dei Servizi territoriali, per i minori in condizioni di disagio, in accordo tra ASUITS e IRCCS Burlo. La scheda è stata approvata nell'Assemblea dei Sindaci in data 22.12.2016 ed è stata presentata alle strutture dell'Istituto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 SISTEMA INFORMATIVO

3.7 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"> - Estensione dl servizio referti online per le prestazioni già sottoscritte digitalmente - Pagamento online delle prestazioni -Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali almeno per le principali visite di branca - 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 - Tempi di accesso ai servizi di Pronto soccorso per codice triage, estendendo la procedura del Sistema Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) - Sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati. 	<p>1. Implementazione dei nuovi applicativi o estensione degli applicativi già in essere, in base a quanto verrà previsto dalla pianificazione regionale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>I servizio dei referti online nei quali vi sono parti in comune con AsuiTS è stato avviato da AsuiTS in collaborazione con Insiel.</p> <p>I sistemi di prenotazione e pagamento online delle prestazioni sono attivi e raggiungibili attraverso il sito web del Burlo, così come sono disponibili sul portale della Regione i tempi di accesso ai servizi PS.</p> <p>Per i servizi mobility app si sono presi contatti con alcune ditte e sviluppatori per implementare servizi di gestione delle code agli sportelli e di collegamento a servizi offerti in Ospedale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Proseguire le attività presenti nella pianificazione in essere:	
2a. Sicurezza fisica e logica/funzionale	2a. Mantenimento della sicurezza dei dati
<p>Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>L’attività è in linea: durante il 2016 è stata aggiornata la procedura di Business Continuity e Disaster Recovery. In questo contesto stanno per essere messe in atto delle strategie comuni tra tutte le Aziende Sanitarie Regionali coordinate da Insiel con la costituzione di una Cabina di Regia regionale e uno specifico gruppo di lavoro che affronta e risolve le problematiche connesse alla IT security. Il gruppo di lavoro si incontrerà mensilmente per affrontare le questioni relative alla normativa e alle soluzioni da proporre.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2b. Privacy	2b. Prosecuzione applicazione normativa sulla privacy.

Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività in linea.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri	3. Partecipazione al gruppo di lavoro sui sistemi di governo.
Attuazione al 31.12.2016 – DA STRALCIARE Al 31/12/2016 non è stato ancora convocato il gruppo di lavoro	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
4. Avviare/estendere la ricetta dematerializzata oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale per i dipendenti de	4. Implementazione della ricetta dematerializzata per l'attività farmaceutica e specialistica ambulatoriale, secondo le indicazioni
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Il sistema è stato attivato anche per quelle aree/discipline quali la neonatologia che presentavano alcune criticità. L'attività è in linea con la programmazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Estensione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) a tutti i Pronto soccorso della Regione	5. Utilizzo del sistema SEI in Pronto Soccorso pediatrico
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO Il sistema SEI in Pronto Soccorso pediatrico è stato avviato a fine 2015 ed è a regime al 100%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Utilizzo obbligatorio della Firma Digitale	6a. Utilizzo della firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico >80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera; 6b. Laboratorio e microbiologia >98% 6c. Medicina trasfusionale: non di pertinenza 6d. Anatomia patologica: non di pertinenza 6e. Radiologia >98% 6f. ECG (cardionet) >80%
Attuazione al 31.12.2016 – PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'attività è parzialmente in linea. L'utilizzo della firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico ambulatoriale: 55%. La lettera di dimissione ospedaliera è stata avviata nell'ultimo trimestre del 2016; nei primi mesi di utilizzo la % delle lettere firmate digitalmente è pari al 58%. Laboratorio e microbiologia: non ancora resa disponibile da parte di Insiel Medicina trasfusionale: non di pertinenza Anatomia patologica: non di pertinenza Radiologia: 99,77%	

ECG (cardionet): 88,75%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO G2 CLINICO OBIETTIVO RAGGIUNTO RADIOLOGIA, CARDIONET
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
Attuazione al 31.12.2016 – DA STRALCIARE Al momento attuale non è stata richiesta la partecipazione dei referenti alla predisposizione del bando.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività è in linea con la pianificazione regionale. Si intende acquisire un sistema per la consultazione da remoto e via tablet dei tracciati ECG prodotti dagli elettrocardiografi collegati alla rete dati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d Sistema direzione aziendale d1 Governo del personale d2. Governo logistico	d. Partecipazione ai tavoli di lavoro
Attuazione al 31.12.2016 - DA STRALCIARE Alla data attuale non sono stati convocati tavoli di lavoro	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
e. Sistema direzionale regionale e1. Data Warehouse gestionale e2. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili e, per alcune tipologie specifiche, al conseguente avvio.	e. Partecipazioni ai tavoli di lavoro
Attuazione al 31.12.2016 - DA STRALCIARE Alla data attuale non sono stati convocati i tavoli di lavoro.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

g Inizio delle attività per il Laboratorio Hub di Trieste	g. Come da programma specifico
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO I lavori di passaggio al laboratorio di area vasta HUB/SPOKE Burlo-AsuiTS sono stati avviati e la migrazione degli strumenti e dei sistemi è stata completata sulle reti AsuiTS presenti al Burlo. L'attività è in linea rispetto a quanto programmato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2016 - PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'estensione per la parte ostetrico-ginecologica non è ancora applicabile. Per la parte di endoscopia digestiva il sistema è in fase di predisposizione e implementazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti interaziendale 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 tele refertazione 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;
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO In linea con la programmazione regionale. E' stata inviata la nota prot. 6242 dd 21/07/2016 relativa all'avvio del progetto di tele radiologia pediatrica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Analisi dei possibili scenari evolutivi per il sistema PACS regionale nel breve e medio	Partecipazione, ove richiesto, alle attività di analisi circa le possibili evoluzioni del sistema

periodo, anche in relazione alle soluzioni contrattuali attualmente in essere.	PACS nel contesto regionale.
Attuazione al 31.12.2016 - DA STRALCIARE Alla data attuale non sono stati convocati i tavoli di lavoro.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Migliorare la rete PACS aziendale	Miglioramento/incremento della distribuzione delle postazioni PACS in sala operatoria e in sala gessi.
Attuazione al 31.12.2016 – OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività in linea. Le due postazioni in pre-operatoria di Ortopedia e nelle sale operatorie sono attive e funzionanti. Sono state aggiornate alcune componenti hardware per il mantenimento degli standard qualitativi del servizio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

INVESTIMENTI
RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016	Esigibilità 2016
BURLO	Adeguamenti normativi	160.000,00	1.307.842,14
	Altri interventi	547.000,00	
	Aree critiche	295.000,00	
	Interventi emergenti	41.387,44	
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	229.454,70	
	Odontoiatria sociale	35.000,00	
			264.118,62

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
BURLO	BMT 2011	50.000,00	40.000,00	10.000,00	10.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2006	200.000,00	160.000,00	40.000,00	40.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007	200.000,00	160.000,00	40.000,00	40.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2008	248.000,00	198.400,00	49.600,00	49.600,00
	RILIEVO AZIENDALE 2009	448.000,00	358.400,00	89.600,00	89.600,00
	RILIEVO AZIENDALE 2010	482.344,00	385.875,20	96.468,80	96.468,80
	RILIEVO AZIENDALE 2011	1.200.000,00	960.000,00	240.000,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2012	807.000,00	645.600,00	161.400,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2013	564.056,00	451.244,80	112.811,20	-
	RILIEVO AZIENDALE 2015	700.000,00	-	700.000,00	-
	RILIEVO REGIONALE 2011 MESSA A NORMA PER REALIZZAZIONE AMBULATORI DI AUDIOLOGIA	335.000,00	-	335.000,00	328.294,50
	RILIEVO REGIONALE 2011 MESSA IN SICUREZZA ANTINCENDIO EDIFICIO OSPEDALE	1.100.000,00	-	1.100.000,00	117.046,83
	RILIEVO REGIONALE 2011 MESSA A NORMA SOSTITUZIONE ASCENSORE	130.000,00	-	130.000,00	105.310,20
	RILIEVO REGIONALE 2011 MESSA A NORMA AULA MAGNA	335.000,00	-	335.000,00	333.353,78
		6.799.400,00	3.359.520,00	3.439.880,00	1.209.674,11

TABELLA INDICATORI LEA

			BURLO	
24 LEA	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq 38\%$	33,98%	NON RAGGIUNTO
25 LEA	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	$\leq 0,32$	0,3	RAGGIUNTO
26 LEA	Percentuale di parti cesarei	$< 20\%$	17,11%	NON RAGGIUNTO

Irccs

“Centro di riferimento oncologico”

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.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

Il risultato è stato raggiunto: vedi deliberazione dg 147/30-06-2016 “ricognizione pl ordinari e dh”.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 dovrà ridefinire 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 di Testa-Collo, Tumori a forte componente Eredo Familiare, Tumori in Pazienti Immunocompromessi, Linfoma Neoplasie della Prostata e delle Vie Urinarie, Neoplasie del Polmone.

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 dalle 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.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

Il raggiungimento è parziale, in particolare:

a. Sono continuate le attività dei TEAM MULTIDISCIPLINARI DI PATOLOGIA (MAMMELLA, OVAIO, MELANOMA, SARCOMI, GASTROENTERICO, TESTA-COLLO, PROSTATA E VIE URINARIE, POLMONE). Alcuni team coinvolgono anche professionisti di AAS5 (MELANOMA, TESTA-COLLO, PROSTATA E VIE URINARIE) e tutti comportano la discussione collegiale dei casi e presa in carico multidisciplinare. Nel 2016 sono stati discussi collegialmente e presi in carico: 700 casi di tumore o sospetto tumore della MAMMELLA, 297 casi di tumore benigni e maligni dell'OVAIO, 450 casi di tumori dell'apparato GASTROENTERICO, 180 casi circa di tumori ORL, 150 casi circa di tumori della PROSTATA E VIE URINARIE.

Nel caso di MELANOMA, TUMORI DELL'OVAIO, TUMORI DELLA MAMMELLA, TUMORI DELLO STOMACO sono stati inoltre attivati formalmente GRUPPI MULTIDISCIPLINARI PER LA DEFINIZIONE DEI RISPETTIVI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI & DI RICERCA CLINICA E TRASLAZIONALE (PDTA&R) con il coinvolgimento di rappresentanti di tutte le equipe coinvolte di AAS5 e CRO, con la nomina di 2 MMG, di 2 rappresentanti di ASSOCIAZIONI LAICHE, e con la partecipazione di rappresentanti delle equipe della ricerca traslazionale. Con il supporto metodologico delle direzioni sanitarie negli ultimi mesi del 2016 i gruppi hanno lavorato alla definizione di percorsi integrati e condivisi per tutta l'area pordenonese. E' stato realizzato un corso di formazione di 3 giornate con la fondazione GIMBE per uniformare le conoscenze su metodi e strumenti per la costruzione dei PDTA.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

b. Consolidamento e sviluppo del *Programma di Presa in Carico Interaziendale Linfomi e Tumori Oncoematologici*

In attesa delle indicazioni regionali relative all'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.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

Il raggiungimento è parziale, in particolare:

b. Nel corso del 2016 è stato definito il piano di attivazione della consulenza ematologica urgente

in PS di Pordenone sulle 24 ore, per la scelta appropriata di sede di ricovero tra CRO e Ospedale di Pordenone o di Udine, per la visita ambulatoriale ematologica urgente in affidamento da PS e il follow-up. Sono stati definiti il piano di formazione e addestramento sul campo dei professionisti coinvolti nei percorsi dell'urgenza, sia l'attività di monitoraggio degli indicatori. Si completerà nel 2017 la piena e formale attivazione delle procedure.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
--	---

c. Insediamento e definizione mandato al GdL ospedale-territorio per la definizione dei criteri e dei percorsi di gestione delle urgenze dei pazienti oncologici

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

Il raggiungimento è parziale, in particolare:

c. Nel 2016 il gruppo non è stato avviato, in attesa di completare la riorganizzazione complessiva conseguente al nuovo atto aziendale e che ha comportato il trasferimento degli oncologi sotto la responsabilità del CRO ma con mantenimento delle attività nelle sedi originarie. Le consulenze urgenti ai pazienti ricoverati ed in PS negli stabilimenti di Pordenone e San Vito sono state mantenute a cura dei medici della SOC di Oncologia Pordenone-San Vito.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
--	--------------------------------

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 un documento di indirizzo su 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*

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

Il raggiungimento è parziale, in particolare:

Il gruppo Riabilitazione non è partito nel 2016, in attesa di completare la riorganizzazione conseguente ai trasferimenti e all'atto aziendale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
--	--------------------------------

3.1.2 Riorganizzazione delle funzioni

Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	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>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'EFFETTIVO TRASFERIMENTO È IN CORSO NEL 2017
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 entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'EFFETTIVO TRASFERIMENTO È IN CORSO NEL 2017
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 entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Integrazione delle funzioni dei Laboratori di Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia, Diagnostica avanzata oncologica e oncoematologica	Entro giugno 2016: 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"
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:</p> <p>In sede di monitoraggio al 30-04-2016 la AAS5 e il CRO hanno congiuntamente proposto la seguente modifica del risultato atteso:</p> <p>Organizzazione e gestione quali-quantitativa delle attività di Anatomia Patologica di ambito oncologico sono integrate tra CRO e AAS5 entro 31 dicembre 2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.</p> <p>In data 30-06-2016 è stato sottoscritto dalle parti e trasmesso alla direzione centrale sanità FVG, l'accordo quadro "Trasferimento/integrazione funzioni AAS5 "Friuli Occidentale" e IRCCS CRO. La proposta è stata recepita e approvata con osservazioni in data 26-07-2016 prot. n. 12482. La riorganizzazione ha rispettato i tempi previsti in tale accordo.</p>	

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;	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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;	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Anche per il 2016, tutte le nuove attività saranno inserite in percorsi di mini-HTA per la valorizzazione dell'impatto organizzativo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea con la programmazione. Gli obiettivi non fanno riferimento ad una linea progettuale regionale ma sono riferiti al piano di riorganizzazione aziendale.	

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.	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea rispetto alle indicazioni e tempi regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Piano sangue	
Partecipazione ai tavoli tecnici previsti per la predisposizione del nuovo Piano sangue	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea: i professionisti del CRO hanno dato un contributo attivo alla redazione del nuovo piano sangue, nel rispetto dei tempi del gruppo regionale specifico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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.	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: In attesa di indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7 Piano della riabilitazione in oncologia Cro e AAS5	
Alla luce dei seguenti elementi emersi da: <ul style="list-style-type: none"> • 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 pneumologiche.	
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*.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

L'attività aziendale è in ritardo, pur avendo attivato una procedura interna che consente di garantire la riabilitazione dei pazienti ricoverati in Area Giovani in collaborazione con AAS5, non è ancora in atto un programma organico ed un piano sistematico. Il progetto sarà attivato nel corso del 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

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".

Il CRO si impegna a presentare entro il 31-12-2016 un piano di fattibilità regionale di insediamento e sviluppo di una CELL FACTORY

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

L'attività aziendale è in linea, il progetto in bozza è stato inviato in data 06-10-2016 con prot. n. 16347.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Screening mammografico 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"	Evidenza di un documento di riorganizzazione dell'attività senologica in collaborazione con l'AAS5
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: Dato non disponibile.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening mammografico 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	I radiologi certificati assicurano la lettura del primo livello e la gestione del percorso di approfondimento diagnostico
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening mammografico Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	1. >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni 2. percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2016:	

1. 99,92% AAS 5 di residenza	
2. 9,38%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening colon-retto	
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:	
<ul style="list-style-type: none"> - l'accrual di pazienti con familiarità di I grado per neoplasia del colon retto; - l'accrual di pazienti con sindromi genetiche del cancro del colon-retto (come da delibera regionale n. 104 del 23 gennaio 2015). 	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:	
L'attività aziendale è in linea. Nel corso del 2016 sono stati sottoposti a sorveglianza e/o indagine genetica 130 pazienti con patologie rare apparato digerente di cui 25 nuovi casi e 280 pazienti con sospetto di familiarità per tumori gastrointestinali ereditari hanno fatto una visita di consulenza genetica oncologica, 22 hanno poi eseguito il test genetico e 8 sono risultati positivi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening colon retto	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:	
100%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening cervice uterina	
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.	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:	
L'attività aziendale è in linea. Nel 2016 sono state eseguite al CRO 382 colposcopie, 10 interventi con il laser ed è stata completata la formazione di 2 ginecologi nell'ambito degli accordi per il completamento e consolidamento della rete regionale screening della cervice uterina.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c. Programma di Presa in Carico delle donne a rischio eredo-familiare di tumori femminili	
Il risultato atteso deve essere una proposta di protocollo condivisa con le altre aziende inviata alla DCS per l'adozione formale.	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:	

L'attività aziendale è in linea, in attesa di seguire le decisioni assunte in sede di coordinamento regionale. Nel corso del 2016 sono state eseguite al CRO 265 consulenze genetiche a donne con rischio di tumori femminili su base eredo-familiare e sono stati eseguiti 129 test genetici di ricerca delle mutazioni.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>d. Programma di Presa in Carico delle persone a rischio ereditario di tumori gastrointestinali</p> <p>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</p> <p>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.</p>	
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:</p> <p>L'attività aziendale è in linea. Nel 2016 la Gastroenterologia del CRO ha svolto sorveglianza, counseling genetico e indagini di ricerca delle mutazioni genetiche su oltre 500 pazienti con lesioni precancerose o malattie rare a rischio oncologico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:</p> <p>L'attività aziendale è in linea. Sono stati organizzati due eventi presso il CRO, sullo screening mammografico (8-11-16) e su quello del colon retto (5-12-16) con il coinvolgimento della rete regionale dei centri screening.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

Nel corso del 2016 è proseguito il programma di prevenzione e sorveglianza delle infezioni legate

all'assistenza, coordinato dal livello regionale attraverso il tavolo dei referenti del rischio clinico e i tavoli specifici per le singole linee di lavoro, ai quali partecipano regolarmente i referenti dell'Istituto. I risultati della rilevazione nell'ambito del programma PPS hanno generato azioni di miglioramento declinate nel progetto Antimicrobial Stewardship (vedi sotto linea 3.4.8).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari

Cooperazione sanitaria transfrontaliera e internazionale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR su temi afferenti alla pianificazione regionale.	Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare. 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.
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: In attesa di indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.3 Reti di patologia	
a. Cure palliative e terapia del dolore Si conferma:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea secondo indicazioni e tempi regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea secondo indicazioni e tempi regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 inappropriatazza (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 inappropriatazza (ossia superiore al 10%)
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea: sacche consegnate e non utilizzate nel 2016: La registrazione di questa attività è svolta dalla Struttura di medicina trasfusionale presso AAS5.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rinnovo biennale dell'accreditamento	Contributo, per quanto di competenza, all'ottenimento del rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento di Medicina Trasfusionale
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea, obiettivo è stato raggiunto a luglio 2016.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza	
<p>a. GdL appropriatezza ricoveri</p> <p>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;</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti - fonte Bersaglio); 2. 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); 3. 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). 	
<p>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2016</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2,82% per gli adulti e 0% per i pediatrici 2. 0,73 3. 7,31% 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>b. Ridefinizione delle attività di ricovero collocate al III piano del corpo centrale dell'Istituto</p> <p>Nel corso del 2016 si porterà a compimento la ristrutturazione degli spazi e 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. Risultato atteso: avvio dei lavori di ristrutturazione, predisposizione documento di riorganizzazione delle attività di degenza che si svolgono al II e III piano del corpo centrale.</p>	

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale sta procedendo per quanto sia ad oggi prevedibile che l'avvio lavori slitti a DICEMBRE 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>c. Sviluppo delle attività delle Chirurgie Oncologiche del CRO</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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</p>	
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: La riorganizzazione è in corso di ridefinizione coerentemente all'approvazione del regolamento di attuazione dell'Atto Aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>d. Oncologia Radioterapica</p> <p>In coerenza con quanto previsto in atto aziendale in via di approvazione regionale, si prevede di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>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</i> <p>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.</p> <p>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</p>	

delle sequele da radioterapia, specie relativamente alle nuove metodiche IMRT-Tomoterapia.

Il ricollocamento a fine 2016 dell'attività di degenza dell'Area Giovani negli spazi di degenza al terzo piano del CRO permetterà di:

- 1) mantenere l'accreditamento della struttura presso l'AIEOP (Associazione Italiana di Emato-Oncologia Pediatrica);
- 2) riattivare le attività di supporto educativo e didattico [scuola in ospedale, laboratori di musica e lettura, ecc.] che rappresentavano parte integrante del progetto;
- 3) migliorare l'ospitalità;
- 4) ridurre il rischio di infezioni dovute alle commistione con pazienti di altre età e con altre necessità assistenziali;
- 5) riprendere l'attività formativa portata avanti negli anni scorsi con il team ma soprattutto con il personale infermieristico;
- 6) avere degli spazi dedicati al supporto psicologico dei ragazzi malati e dei loro familiari;
- 7) 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

2. 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.

3. 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.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

L'attività aziendale su questi obiettivi NON è in linea, molte delle implementazioni di attività previste sono legate all'avvio della nuova sede di attività di ricovero che potrà realizzarsi dopo la ristrutturazione del III piano del corpo centrale del CRO. Il piano di ristrutturazione avrà tempi di realizzazione di circa 18 mesi più lunghi del previsto per motivazioni legate alle nuove normative (codice degli appalti) e alla modifica del progetto che prevede di collocare al III piano le degenze di radioterapia metabolica. In particolare:

1. L'attività di ricovero ed ambulatoriale in area giovani ha comunque registrato un sostanziale mantenimento delle attività sia cliniche sia di supporto nel 2016.
2. L'attività di trattamenti radio metabolici è stata sostanzialmente mantenuta nel 2016 utilizzando le strutture esistenti.
3. Le attività del programma Tumori ORL-Testa Collo è stata potenziata e il TEAM MULTIDISCIPLINARE ha registrato 948 prestazioni nel 2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

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*.

Nell'ambito delle alte tecnologie si avvierà un processo di valutazione di fattibilità tra CRO,

Regione ed Enti pubblici 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.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

L'attività aziendale è in linea:

1. Potenziamento utilizzo RM 3 tesla: 2178 indagini eseguite nel 2016 verso 517 del 2015
2. TC/PET: 93
3. Pazienti team urogenitale: circa 200 pazienti presi in carico nel 2016.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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:

1. 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;
2. partecipare ai monitoraggi regionale e nazionale sulle attività istituzionali e ALPI;
3. proseguire nell'organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale;
4. 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;
5. 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 stanziate, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:

1. Stante il report regionale I trimestre 2016 sul rispetto dei tempi di attesa per priorità B e D per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio al momento permangono criticità. Il CRO in collaborazione con AAS5 si sta attivando per mettere in atto tesse al miglioramento degli indici di performance specifici. La verifica sui tempi di registrazione delle prenotazioni per le prime visite oncologiche spiega il non raggiungimento dei tempi di attesa (vedi tabella successiva Monitoraggio aziendale)
2. si sono svolti i monitoraggi regionali e nazionali sulle attività istituzionale e ALPI secondo la metodologia e le tempistiche richieste
3. sulla base delle richieste di EGAS, nel rispetto di tempistica e modalità definite, sono state rese disponibili le prenotazioni on line delle prestazioni individuate.
4. Accessi urgenti: procedura specifica non attiva ma sono disponibili numeri telefonici dedicati per segnalare complicanze. Le richieste di visita urgente sono gestiti dal call center dedicato alla prenotazione delle prime visite
5. Rapporto Istituzionale-ALP è sempre rimasto al di sotto delle percentuali consentite sulla base

del monitoraggio mensile, nei casi di sfioramento si è provveduto a ridurre le disponibilità successive al fine di rientrare nei parametri su base annua.

Valutazione Direzione Centrale Salute **OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

Monitoraggio aziendale 2016 su prestazioni di interesse regionale

PRESTAZIONE	PRIORITA' B		PRIORITA' D	
	TOTALE	% NEI TEMPI	TOTALE	% NEI TEMPI
VISITA ONCOLOGICA	1428	62,75%		
VISITA GASTROENTEROLOGICA	56	92,86%	43	97,67%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	136	83,09%	117	84,62%
COLONSCOPIA	121	74,38%	109	54,13%
ECO ADDOME	57	59,65%	26	57,69%
ECO CAPO COLLO	17	58,82%	4	100%
ECO MAMMELLA	42	100%	9	100%
RMN ADDOME INFERIORE	20	75%	8	75%
RMN CERVELLO TRONCO ENCEFALICO	8	62,50%	8	87,50%
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	15	53,33%	27	100%
RMN RACHIDE	13	38,46%	45	100%
RX MAMMELLA	35	100%	11	100%
TAC ADDOME COMPLETO	8	75%	3	66,67%
TAC ADDOME INFERIORE	0		1	0%
TAC ADDOME SUPERIORE	3	100%	0	
TAC BACINO	0		0	
TAC CAPO	3	100%	1	100%
TAC RACHIDE	1	100%	0	
TAC TORACE	13	84,62%	5	80%
VISITA GINECOLOGICA	57	100%	69	92,75%
INTERVENTI CON PRIORITA' A	TOTALE	% NEI TEMPI		
NEOPLASIA COLON	70	81,43%		
NEOPLASIA MAMMELLA	348	85,63%		
NEOPLASIA UTERO	59	79,66%		

3.4.8 Rischio clinico e qualità

Nel corso del 2016 il CRO è impegnato sui seguenti temi:

- a) compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, in particolare:
- alla prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici.

Monitoraggio al 31.12.2016

Il CRO ha da tempo elaborato procedure per garantire la gestione sicura dei farmaci chemioterapici e di altri farmaci ad alto livello di attenzione. Proseguono i monitoraggi periodici della corretta adesione alle procedure.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b) sicurezza del farmaco attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • 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 	
Monitoraggio al 31.12.2016 L'utilizzo della ricognizione e riconciliazione farmacologica per la riduzione dei rischi da interazione è pratica consolidata in regime di ricovero. Proseguono i monitoraggi periodici che evidenziano comunque alcune aree di miglioramento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c) sicurezza del farmaco attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • 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 	
Monitoraggio al 31.12.2016 L'utilizzo della ricognizione e riconciliazione farmacologica per la riduzione dei rischi da interazione è pratica consolidata in regime di ricovero. Proseguono i monitoraggi periodici che evidenziano comunque alcune aree di miglioramento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d) adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite, incluse: <ul style="list-style-type: none"> • la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali; • attivazione di percorsi formativi e di diffusione delle linee guida terapeutiche regionali; • la partecipazione alla predisposizione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici; • l'adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche 	
Monitoraggio al 31.12.2016 Il monitoraggio è stato eseguito come concordato nell'ambito del coordinamento regionale per quanto riguarda l'aderenza alle linee guida sulle polmoniti batteriche. Sono stati attivati i percorsi formativi e sulla diffusione delle linee guida regionali sulla base delle modalità e tempistica individuate dal gruppo di coordinamento regionale dei risk manager. L'istituto partecipa al tavolo regionale sulle resistenze agli antibiotici attraverso un proprio esperto. Sono state adottate e diffuse procedure organizzative per la restrizione dell'uso delle molecole individuate.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
e. avvio di azioni di miglioramento sulla base delle criticità emerse dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015	

Monitoraggio al 31.12.2016	
Sulla base dei risultati dell'indagine è stata avviata azione di miglioramento riguardante la programmazione dei PDTAR interaziendali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
f. prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione"	
Monitoraggio al 31.12.2016	
Il CRO partecipa al tavolo regionale attraverso un proprio referente. Nel corso dell'anno sono proseguite le attività di revisione di scale di monitoraggio del rischio, di monitoraggio della adozione delle linee guida, di sorveglianza dell'incidenza di lesioni nei pazienti ricoverati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
g. empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:	
<ul style="list-style-type: none"> • la messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione" • la partecipazione alla predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini. 	
Monitoraggio al 31.12.2016	
Il modulo di integrazione alla lettera di dimissione è stato messo a regime in tutte le strutture di ricovero dell'istituto. Il monitoraggio sulla sua applicazione evidenzia alcune aree di miglioramento.	
L'istituto ha partecipato, attraverso propri esperti, ai tavoli per la redazione dei materiali informativi. Alcuni operatori della biblioteca scientifica e per i pazienti inoltre sono impegnati nella revisione della leggibilità di tali materiali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.8 Rischio clinico e qualità
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.
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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Monitoraggio al 31.12.2016
Il 3° ciclo del programma di accreditamento secondo ACI si è concluso nel corso del 2016 con la

visita da parte dei valutatori. Sono emerse alcune non conformità cui dare risposta nel corso dei primi mesi del 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

- Prosecuzione della partecipazione al programma di accreditamento internazionale secondo il modello OEI con implementazione delle azioni di miglioramento previste nel piano di miglioramento condiviso con OEI 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.

Monitoraggio al 31.12.2016

Nel corso del 2016 sono proseguite le attività di implementazione delle azioni di miglioramento, in modo particolare attraverso l'attivazione dei team multidisciplinari per la definizione dei PDTAR interaziendali.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

- 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.

Monitoraggio al 31.12.2016

Nel 2016 si è svolta la visita per il rinnovo della certificazione ISO 9001:2008 ed è stato programmato il percorso di certificazione dell'intero istituto entro il 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

- Prosecuzione della partecipazione al programma di accreditamento JACIE per il progetto trapianti di cellule staminali emopoietiche, tramite il mantenimento dell'accreditamento conseguito nel 2014.

Monitoraggio al 31.12.2016

L'accreditamento del programma trapianti viene mantenuto secondo le modalità e tempistiche previste dall'ente accreditante, in previsione del suo rinnovo nel 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

- 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.

Monitoraggio al 31.12.2016

L'Istituto ha ricevuto la visita di accreditamento istituzionale, dalla quale sono emerse alcune non conformità e osservazioni cui dare risposta attraverso azioni di miglioramento. È stato inviato alla regione il piano di miglioramento e gli esiti delle azioni già concluse. In attesa di ricevere il decreto di accreditamento a pieno titolo.

Il CRO mette a disposizione della regione alcuni propri operatori come auditor accreditati per le visite in situ.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> Implementazione e miglioramento, alla luce dell'esperienza consolidata nel 2015, del programma di Audit Interni Integrati per favorire in modo sempre più efficace l'introduzione al CRO di un sistema di Gestione integrato della qualità e della sicurezza. 	
Monitoraggio al 31.12.2016	
Nel corso del 2016 si sono svolti gli audit interni nelle strutture certificate per la verifica dell'aderenza ai requisiti della norma ISO 9001:2008.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.8 Rischio clinico e qualità	Monitoraggio al 31.12.2016
<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione ad altri programmi di valutazione e confronto quali <ul style="list-style-type: none"> Programma PaSCAI; 	
Monitoraggio al 31.12.2016	
Il questionario del programma Pascal è stato compilato nel 2015 nell'ambito del ciclo di accreditamento secondo ACI e i dati sono stati trasmessi al coordinamento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
programma Buone pratiche dell'Agenas contribuendo con l'inserimento nell'osservatorio Nazionale di buone pratiche aziendali;	
Monitoraggio al 31.12.2016	
Nel corso del 2016 non sono state inserite nuove buone pratiche nel portale nazionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
programma PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care) con il contributo di buone pratiche aziendali;	
Monitoraggio al 31.12.2016	
Nel corso del 2016 non sono state inserite nuove buone pratiche nel portale europeo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
programma BenchCan nell'ambito del sistema di accreditamento OECD per l'applicazione di indicatori e percorsi specifici dei Cancer Center.	
Monitoraggio al 31.12.2016	
Sono state attivate azioni di potenziamento della comunicazione circa le opportunità di arruolamento nei trials clinici.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.8 Rischio clinico e qualità
<ul style="list-style-type: none"> 2. Partecipazione al programma regionale Sicurezza del paziente e governo clinico con implementazione dei progetti concordati nell'ambito del gruppo dei referenti regionali.
Monitoraggio al 31.12.2016
Il CRO partecipa al coordinamento regionale dei risk manager attraverso i propri referenti. Tutti i progetti concordati in tale ambito vengono puntualmente implementati.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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;
	<p>Monitoraggio al 31.12.2016</p> <p>Gli standard di qualità della documentazione sanitaria vengono definiti nell'ambito del coordinamento regionale dei risk manager cui il CRO partecipa. Proseguono i monitoraggi degli indicatori individuati, semestralmente inviati alla regione per il benchmarking.</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<ul style="list-style-type: none"> implementazione del sistema di gestione documentale Qualibus;
	<p>Monitoraggio al 31.12.2016</p> <p>Il sistema Qualibus viene progressivamente esteso alle strutture operative del CRO sia nella sua componente di gestione documentale che per gli aspetti di gestione delle segnalazioni (non conformità, incident reporting).</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<ul style="list-style-type: none"> aggiornamento del sito web aziendale;
	<p>Monitoraggio al 31.12.2016</p> <p>Il sito viene aggiornato secondo le richieste ed esigenze specifiche.</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<ul style="list-style-type: none"> implementazione del progetto Patient Education e del progetto Incontri a tema coordinato dalla Biblioteca Scientifica;
	<p>Monitoraggio al 31.12.2016</p> <p>Nel 2016 sono state prodotte 17 tra nuove guide e depliant CRO-Informa, scritte da autori del CRO e dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 del FVG, revisionate da pazienti non coinvolti nella scrittura in fase pre-stampa. Gli argomenti accompagnano generalmente i contenuti degli incontri e spaziano dalla prevenzione, ai farmaci, alle infezioni, alle informazioni sui percorsi.</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<ul style="list-style-type: none"> miglioramento del sistema di Reporting;
	<p>Monitoraggio al 31.12.2016</p> <p>Il sistema di reporting è stato parzialmente revisionato, attraverso la predisposizione della struttura informatica nel sistema Qualibus.</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<ul style="list-style-type: none"> diffusione della cultura degli Indicatori, quali elementi di misura in particolare della efficacia clinica;

Monitoraggio al 31.12.2016	
<p>Prosegue il monitoraggio degli indicatori definiti nell'ambito del coordinamento regionale, anche con il coinvolgimento dei rispettivi referenti aziendali. È stato attivato il programma per la definizione dei PDTAR con il coinvolgimento della AAS5, nell'ambito del quale è prevista la definizione di indicatori.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ attivazione di forme di partecipazione dei cittadini/pazienti/familiari e loro rappresentati alla definizione dei programmi aziendali; 	
Monitoraggio al 31.12.2016	
<p>Il programma di sviluppo dei PDTA&R avviato in ottobre 2016 ha previsto il coinvolgimento di rappresentanti di associazioni laiche in tutti i gruppi di lavoro.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	
Monitoraggio al 31.12.2016	
<p>Nel corso del 2016 sono stati attivati numerosi percorsi di formazione sulle tematiche del rischio clinico, tra cui l'isolamento del paziente infetto/colonizzato, l'uso corretto degli antibiotici, la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<ul style="list-style-type: none"> • 4. Implementazione della struttura organizzativa e delle attività deputate alla gestione della sicurezza del paziente a livello aziendale, tramite attività quali ▪ 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. 	
Monitoraggio al 31.12.2016	
<p>In seguito alla ricezione delle richieste di risarcimento per danni asseritamente riconducibili a malpractice del personale sanitario l'Istituto attiva un audit coinvolgendo il responsabile della struttura sanitaria, l'esecutore del trattamento medico/chirurgico nello specifico caso, la Direzione Sanitaria e il medico legale dell'Ente e il responsabile dell'Ufficio Affari Legali finalizzata, inizialmente, previa valutazione del caso sotto il profilo medico-legale, alla formalizzazione di una proposta transattiva, sentendo se opportuno l'interessato o il suo procuratore. Nel corso del 2016 si è svolto un percorso di audit su un evento critico avvenuto in sala operatoria e risolto con arbitrato extragiudiziale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ 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. 	
Monitoraggio al 31.12.2016	
<p>Il programma di governo e rischio clinico prosegue in Istituto con il continuo coinvolgimento dei referenti</p>	

aziendali per le diverse linee di lavoro. I referenti sono anche coinvolti nell'ambito dei tavoli regionali specifici e nella produzione di linee guida e raccomandazioni che vengono poi implementate in Istituto e la cui adozione è monitorata nel tempo.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Accreditamento all'eccellenza secondo il modello Accreditation Canada

Monitoraggio al 31.12.2016

La visita dei valutatori avvenuta dal 7 al 11 marzo 2016 e con il relativo report finale. L'esito è stato di "accreditamento platino con condizionale".

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Certificazione ISO 9001:2008

Monitoraggio al 31.12.2016

La visita, che si è tenuta nei giorni 6-7 ottobre 2016, ha dato esito positivo con la rilevazione di alcune Non Conformità, risolte dalle opportune Azioni Correttive.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Accreditamento JACIE/CNT/CNS del programma di trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche

Monitoraggio al 31.12.2016

La visita in situ è stata condotta nei giorni 19-20 settembre 2013 con conferma, a seguito di alcune NC, pervenuta in aprile 2014. La visita di rinnovo è prevista per l'anno 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Accreditamento OECl

Monitoraggio al 31.12.2016

L'esito del processo di accreditamento è pervenuto nell'ottobre 2014, è stato di "Comprehensive Cancer Center" (CCC)

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Accreditamento Istituzionale della Regione FVG

Monitoraggio al 31.12.2016

La visita condotta nei giorni 16-18 maggio 2016, sulla scorta di quanto previsto dalla DGR 75/2016, ha avuto esito positivo (accreditamento con riserva, risolto positivamente con la messa in atto delle azioni di miglioramento necessarie).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.10 Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto attività	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Supporto alle attività deliberate dall'Osservatorio Ambiente Salute
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:</p> <p>Nel corso del 2016, il direttore della SOC Epidemiologia e Biostatistica ha partecipato a tutte le riunioni del Comitato Tecnico Scientifico indette presso la sede di Palmanova dalla Direzione Centrale dell'ARPA FVG. Nel corso di tali riunioni, sono state organizzate le azioni di supporto epidemiologico alle indagini di monitoraggio ambientale-residenziale da svolgersi presso i siti della centrale termoelettrica A2A di Monfalcone e dell'impianto siderurgico Ferriera di Servola, comune di Trieste. In particolare, sono state organizzate e condotte le analisi epidemiologiche dei dati relativi alla frequenza delle malattie cardiovascolari nei cittadini residenti nelle aree del Monfalconese residenzialmente esposti alle emissioni.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.5 Assistenza farmaceutica

Nel corso del 2016 saranno confermate tutte le progettualità definite a livello regionale in termini di contenimento della spesa ospedaliera e di appropriatezza prescrittiva.

Nel 2016 Farmacia del CRO proseguirà la preparazione dei farmaci antitumorali anche per l'AAS5.

Prescrizione di medicinali generici, biosimilari e bioequivalenti

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.

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.

Appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione delle richieste

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.

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.

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.

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.

3.5.Assistenza farmaceutica	
<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). 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	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> • implementazione della prescrizione per principio attivo in dimissione da ricovero, DH, visita • definizione di un programma di audit sulla appropriatezza prescrittiva in oncologia utilizzando metodo GRADE per definire indicatori e standard • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% lettere dimissione o referti contiene prescrizione per principio attivo. Verifica a campione su lettere e referti di ultimi tre mesi 2016 • almeno 3 raccomandazioni condivise sulle tre molecole a maggior impatto sul consumo di risorse o con profilo beneficio rischio più controverso e almeno 3 incontri di audit entro dicembre 2016 • obiettivi di budget omogenei tra AAS5 e CRO su temi pertinenti • incremento % di farmaci prescritti in dimissione da Prontuario condiviso a livello Provinciale
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: Tutti piani terapeutici e referti ambulatoriali contengono prescrizione per principio attivo, prescrizione in linea con indicazioni regionali, monitoraggio ad opera di AAS5.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>2. Individuazione di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero, correlati ad indicatori di risultato predefiniti.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione prescrizione inappropriata PPI in prevenzione danno gastrico da fans su lettere di dimissione e visita • Incremento scelte molecole con rapporto costo-efficacia favorevole (Finasteride, alfa-litici, antiemetici..) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esistenza documento con elenco molecole di prima scelta attese in lettere di dimissione o referti e analizzati a campione
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: OBIETTIVO NON REALIZZATO</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Promuovere e facilitare l'uso dei biosimilari in tutte le indicazioni previste e disponibili	Incremento della distribuzione diretta ospedaliera su prescrizione informatizzata regionale nominativa (PSM) di farmaci biosimilari ed equivalenti individuati da gara regionale e riforniti da EGAS

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:
L'attività aziendale è in linea come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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 inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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	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

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:
Sono in corso le analisi in particolare sulla prescrizione di Inibitori della Pompa Protonica ed Antibiotici.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

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.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione della prescrizione informatizzata durante ricovero e in dimissione	<ul style="list-style-type: none"> Il risultato è subordinato alla adozione di

<p>anche da visita ambulatoriale</p> <p>Promozione della prescrizione dei farmaci che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR</p> <p>Verifica della tracciabilità elettronica delle prescrizioni in dimissione da ricovero e visita</p>	<p>una nuova cartella elettronica</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% prescrizione principi attivi a brevetto scaduto (generici su genericabili per classe omogenea) su campione di lettere dimissioni e referti • Verifica della tracciabilità elettronica delle prescrizioni in dimissione da ricovero e visita
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:</p> <p>L'attività aziendale è in linea come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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 residenze protette</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Non pertinente per il CRO</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2186/2016
<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 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</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Non pertinente per il CRO</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2186/2016
<p>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</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Non pertinente per il CRO</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2186/2016
<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, 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</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento delle performance di registrazioni, completezza dei flussi informativi (quali registro RFOM sul portale Aifa) in distribuzione diretta - 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 modalità prescrittive 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione informatizzata e nominativa (PSM) dell'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta - A partire dal II quadrimestre 2016 copertura di almeno il 50% per le prime prescrizioni o rinnovi dei piani terapeutici disponibili a sistema
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO PSM DIRETTA NOMINALE: 97% PSM-PT: OK
<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 è opportuno che per ogni struttura/reparto venga individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Partecipazione alle iniziative regionali sulla farmacovigilanza</p> <p>Promozione di iniziative di farmacovigilanza interne al CRO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione di alcuni responsabili farmacovigilanza CRO a tutti gli incontri regionali • Realizzazione di almeno due incontri anno con la rete dei medici responsabili di Farmacovigilanza di struttura operativa • Individuazione di almeno un referente per la farmacovigilanza all'interno di ciascun dipartimento

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidamento e mantenimento del monitoraggio della rispondenza ai criteri AIFA di registrazione da parte delle unità operative espresso come % sulla totalità dei cicli	<ul style="list-style-type: none"> • 100% schede AIFA conformi per tempi e completezza di compilazione e chiusura e contenuti di appropriatezza • Implementazione del sistema informatizzato PSM/piani, in controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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;	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Promozione della compilazione della cartella oncologica informatizzata collegata alla farmacia per la prescrizione, preparazione, somministrazione dei farmaci al fine di garantire sicurezza, efficienza, appropriatezza	Il 95% dei pazienti sul totale dei trattati con chemioterapici ha compilato i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea (98,85%) come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO ONCOLOGIA: 98.85%
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	Risultato atteso
Monitoraggio della completezza dei flussi	<ul style="list-style-type: none"> • Valori di monitoraggio della registrazione di

informativi nei termini temporali indicati.	targatura con % superiore al 90% <ul style="list-style-type: none"> Assicurare l'integrale copertura della fase 3 su fase 2
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO Fase3/fase 2=100%, targatura: 99,5%
14. Le 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	Risultato atteso
Mantenimento della Distribuzione Diretta su Sistema Informativo Regionale PSM	Il 95% dei pazienti che ricevono farmaci in DD è registrato su PSM
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.1. Sistemi informativi	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Servizi ai cittadini	Implementazione dei nuovi applicativi o estensione degli applicativi già in essere, in base a quanto verrà previsto dalla pianificazione regionale.
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: In attesa di indicazioni regionali come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ricetta dematerializzata	Estensione della ricetta dematerializzata per la farmaceutica e della specialistica
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: L'attività aziendale è in linea come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Firma digitale	Superamento delle soglie minima fissata dalla DCS per gli ambiti di pertinenza.
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016: Il monitoraggio disponibile nel portale agenda digitale sanità evidenzia il rispetto del target per l'anatomia e i laboratori mentre riporta un valore inferiore al target per i referti digitali del g2 clinico per alcune strutture come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS) Risultati attesi 2016:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera: raggiunto il 65,47% • Laboratorio e microbiologia > 98%: raggiunto 100% • Medicina trasfusionale > 98 %: raggiunto 100% • Anatomia patologica > 98 %: raggiunto 100% • Radiologia > 98%: raggiunto 96.5% • ECG > 80%: non disponibile 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO LABORATORIO, TRASFUSIONALE E ANATOMIA PATOLOGICA OBIETTIVO NON RAGGIUNTO G2 CLINICO 57,77%, RADIOLOGIA 96,6% OBIETTIVO STRALCIATO ECG

3.7. PACS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema PACS regionale	<p>Per il 2016 le linee di sviluppo aziendale devono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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; - 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>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2016:</p> <p>Le attività previste per il raggiungimento del risultato sono in linea secondo il crono-programma regionale come verificabile da rendicontazione regionale (INSIEL e/o EGAS).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

INVESTIMENTI
RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016		Esigibilità 2016
CRO	Altri interventi	1.080.000,00	2.038.626,74	137.742,86
	Interventi emergenti	108.626,74		
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	850.000,00		

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
CRO	BMT 2008	900.000,00	720.000,00	180.000,00	180.000,00
	BMT 2009	3.221.000,00	2.576.800,00	644.200,00	644.200,00
	RILIEVO AZIENDALE 2007	150.000,00	120.000,00	30.000,00	30.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2009	493.000,00	394.400,00	98.600,00	98.600,00
	RILIEVO AZIENDALE 2010	350.991,00	280.792,80	70.198,20	70.198,20
	RILIEVO AZIENDALE 2011	1.600.000,00	1.280.000,00	320.000,00	320.000,00
	RILIEVO AZIENDALE 2012	1.075.500,00	860.400,00	215.100,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2014	2.367.965,00	1.894.372,00	473.593,00	-
	RILIEVO AZIENDALE 2015	100.000,00	-	100.000,00	-
		10.258.456,00	8.126.764,80	2.131.691,20	1.342.998,20

TABELLA INDICATORI LEA

			CRO	
24 LEA	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	40,19%	RAGGIUNTO
25 LEA	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<= 0,32	0,74	NON RAGGIUNTO

Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)

CENTRALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' TECNICO AMMINISTRATIVE

Acquisti centralizzati di beni e servizi a favore degli enti del SSR	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Acquisti centralizzati di beni e servizi a favore degli Enti del SSR (obiettivo aggiornato con DGR 2549/2016)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Proseguire l'espletamento delle procedure di gara centralizzate a favore delle Aziende sanitarie regionali, 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.</p> <p>Con riferimento alle procedure di gara per:</p> <p>ristorazione: pubblicazione entro il 31/12/2016 del dialogo tecnico;</p> <p>trasporti sanitari: avvio procedure di gara entro 3 mesi dalla segnalazione dei fabbisogni da parte delle aziende sanitarie regionali;</p> <p>call center regionale: indizione procedura di gara entro il 30.11.2016</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la proposta di rinegoziazione dei prezzi delle forniture di servizi;

	<ul style="list-style-type: none"> • la riduzione del costo sostenuto per la gestione del servizio di logistica del magazzino centralizzato. <p>Tali attività avranno una modalità condivisa con gli enti interessati ed eventuali criticità saranno rappresentate alla Direzione centrale in sede dello specifico monitoraggio previsto.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>CALL CENTER REGIONALE</p> <p>E' stato dato regolare avvio alla procedura di gara con Determinazione dirigenziale di indizione n. 514 del 18/10/2016; con il suddetto provvedimento è stata altresì disposta l'approvazione dei relativi atti di gara.</p> <p>PROPOSTA DI RINEGOZIAZIONE DEI PREZZI DELLE FORNITURE DI SERVIZI</p> <p>è proseguita l'attività di rinegoziazione dei contratti nei termini previsti dalla c.d. nuova "spending review". In esito agli incontri con le ditte interessate e dopo aver acquisito parere favorevole da parte delle singole aziende del SSR interessate, i seguenti contratti hanno comportato una riduzione della spesa: manutenzione delle apparecchiature biomedicali, ristorazione P.O. Gemona e Tolmezzo, manutenzione impianti Burlo, servizio noleggio materassi da decubito.</p> <p>In relazione ai contratti di fornitura in scadenza nel corso del 2016 si è provveduto, per i lotti per i quali si è reso necessario procedere ad una proroga dei termini contrattuali, a richiedere una miglioria dei prezzi in essere che hanno consentito di realizzare una riduzione complessiva presunta della spesa pari a € 115.788,536 (rapportata alla durata della proroga contrattuale richiesta)</p> <p>RIDUZIONE DEL COSTO SOSTENUTO PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI LOGISTICA DEL MAGAZZINO CENTRALIZZATO</p> <p>l'avvio del nuovo contratto ha permesso la riduzione del costo della riga di distribuzione, passata da 2,147 €/riga a 1,47 €/riga (con costi accessori ora inclusi nel costo a riga).</p> <p>Motivazioni scostamento risultato atteso</p> <p>RISTORAZIONE</p> <p>garantito il necessario supporto tecnico-amministrativo alla Direzione Centrale per la stesura del "Progetto di ristorazione regionale" (2° fase), illustrato e presentato al Comitato di indirizzo nelle riunioni dd. 29.6.2016 e 22.9.2016 (cfr. verbali n. 8 e 12). Alla luce delle nuove, diverse decisioni assunte dal Comitato di Indirizzo, vi è la necessità di una nuova mappatura delle attuali esigenze delle aziende del SSR, cui seguirà la pubblicazione del dialogo tecnico.</p> <p>TRASPORTI SANITARI</p> <p>l'avvio delle procedure di gara è subordinato all'analisi dei dati in corso da parte della Direzione Centrale, sulla base della quale verrà scelto il modello organizzativo da adottare; solo in seguito le Aziende saranno, pertanto, in grado di segnalare i rispettivi fabbisogni.</p> <p>PROCEDURE DI GARE PER I REAGENTI DI LABORATORIO</p> <p>procedure subordinate al perfezionamento del nuovo modello organizzativo che prevede la costituzione di tre centri HUB regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

	CALL CENTER RINEGOZIAZIONI PREZZI FORNITURE LOGISTICA MAGAZZINO CENTRALIZZATO OBIETTIVO NON RAGGIUNTO RISTORAZIONE TRASPORTI SANITARI REAGENTI LABORATORI
--	--

Logistica centralizzata	
Obiettivo aziendale Logistica centralizzata	Risultato atteso Nel corso dell'anno sono previste le seguenti progettualità: <ul style="list-style-type: none"> • avvio del contratto con un nuovo operatore logistico, • consolidamento del servizio logistico all'area giuliano-isontina e all'IRCCS Burlo Garofolo; • predisposizione entro il 31.12.2016 di un progetto preliminare per l'individuazione di una corretta metodologia gestionale per la sperimentazione della consegna diretta a reparto con stoccaggio e ripristino delle scorte per un presidio ospedaliero.
Attuazione al 31.12.2016	
<p>- Il subentro del nuovo operatore logistico è avvenuto nei tempi e nei modi programmati, tenuto conto dell'esito dei ricorsi proposti dal secondo aggiudicatario della gara d'appalto. Il contratto con il nuovo operatore logistico, Coopservice, aggiudicatario della gara, è stato avviato il 09 Aprile 2016.</p> <p>- Nel corso del 2016 è stato completato l'ingresso delle aziende AAS2 e Burlo. AL 31/12/2016 il Magazzino Centralizzato di Pordenone distribuisce all'area giuliano-isontina ed al Burlo il 100% degli articoli in Catalogo. Le Linee di gestione del SSR hanno previsto l'ingresso di ASUITS nel II semestre 2017, tenuto anche conto dei tempi necessari ad INSIEL per la reingegnerizzazione dei flussi e per l'adeguamento dell'infrastruttura informatica.</p>	
Motivazioni scostamento risultato atteso La realizzazione dell'obiettivo di predisposizione di uno studio preliminare per la distribuzione diretta al reparto è subordinata e condizionata dalla revisione in atto del lay-out operativo per l'installazione del magazzino automatizzato "Autostore" ed alla valutazione delle ricadute operative di tale innovazione tecnologica. Tale adeguamento di carattere tecnico, logistico e organizzativo, si è reso opportuno in quanto l'acquisizione di nuove funzioni - già realizzata (accesso al servizio di magazzino centralizzato da parte di IRCCS Burlo Garofalo e AAS 2, trasferimento ad EGAS delle funzioni di provveditorato di AAS3 e ASUIUD) e da realizzarsi secondo la programmazione regionale - ha evidenziato la necessità di rivedere la disposizione dei beni all'interno del Magazzino centralizzato di EGAS, per creare le condizioni più favorevoli ed adeguate	

ai progetti di nuova implementazione, migliorando nel contempo i livelli di servizio contrattualmente previsti.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Assicurazione

Obiettivo aziendale

Assicurazione

Risultato atteso

Predisposizione da parte di EGAS di una proposta riorganizzativa per lo sviluppo di un sistema di gestione del rischio clinico e coordinamento delle procedure di difesa legale finalizzata all'analisi dei conseguenti costi.

Attuazione al 31.12.2016

EGAS ha supportato il Comitato di Indirizzo nella valutazione del modello da utilizzare per la gestione del contenzioso e ha gestito la gara per l'individuazione del nuovo broker. A seguito della DGR "Cure Sicure" che definisce il ruolo di tutte le figure regionali anche per la gestione del contenzioso, EGAS proseguirà nella collaborazione per tutte le funzioni di competenza.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Call center

Obiettivo aziendale

Call center

Risultato atteso

Garantire 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.

Attuazione al 31.12.2016

Dopo la revisione, nei primi mesi dell'anno, di una iniziale stesura ed il recepimento delle indicazioni provenienti dalle strutture della Direzione Centrale Salute si è provveduto ad attivare un gruppo di lavoro interno ad EGAS che ha prodotto la stesura del capitolato. Con determinazione dirigenziale del n. 514 del 18/10/2016 è stata disposta l'indizione della gara pubblica per l'appalto del call center regionale.

Dal mese di Luglio 2016 è stata resa operativa e pubblica la sezione del sito EGAS 'CUP regionale'. Sono stati definiti i contenuti da condividere nelle diverse sezioni del sito. Ne è stata data una prima comunicazione ufficiale al gruppo permanente di lavoro per le attività del CUP regionale nella riunione del 13/07/2016 e ne sono stati tenuti aggiornati i contenuti. Il sito ha una parte pubblica ed una area riservata per due distinti gruppi di fruitori: il primo, denominato CUP regionale, è composto dai membri del gruppo di lavoro regionale permanente: si è provveduto alla creazione degli utenti, all'assegnazione delle credenziali per l'accesso ed al caricamento dei contenuti; il secondo è previsto per il coinvolgimento di prenotatori esterni che si ritenga opportuno includere in una rete informativa allargata a livello regionale (possono essere sportelli CUP, Farmacisti, Operatori di call center, Medici di Medicina generale ove, via via, se ne ravvisasse l'opportunità).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Programmi di screening

Obiettivo aziendale

Programmi di screening

Risultato atteso

Per l'anno 2016 viene mantenuta l'attività di supporto tecnico-amministrativo e logistico ai tre programmi di screening predisposti 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.

Attuazione al 31.12.2016

SCREENING MAMMOGRAFICO

E' stata mantenuta l'attività di predisposizione e gestione delle agende, anche accogliendo le richieste di modifica di calendario di alcune segreterie di screening (es. Alto Friuli per il II semestre), sia per favorire l'accesso della popolazione target, che per ottimizzare l'eventuale accesso al II° livello dello screening stesso.

E' stata garantita l'attività di gestione del centro di lettura di Udine con la calendarizzazione delle sedute di refertazione del I livello dello screening ed assegnazione delle letture ai medici

accreditati ed anche il coordinamento per il reperimento dei precedenti analogici. E' stata predisposta una nuova scheda di valutazione dell'adeguatezza dei siti per il posizionamento delle unità mobili, che è stata utilizzata per la valutazione di due siti: Gorizia (su richiesta della segreteria dello screening) e Paludea di Castelnovo del Friuli per attivazione di una nuova sede di posizionamento dell'Unità mobile (sempre su richiesta della competente segreteria di screening). Egas ha partecipato alle riunioni organizzative della Direzione Centrale Salute per la programmazione della nuova campagna regionale relativa agli screening.

SCREENING DELLA CERVIC UTERINA

Egas ha proseguito nell'attività di creazione e gestione delle agende per l'esecuzione del I° livello dello screening (prelievo citologico per PAP test) per le Aziende di Pordenone ed Udine. Tale attività è stata intrapresa nel 2016 anche per l'Alto Friuli, la Bassa Friulana e per Trieste.

L'attività svolta per ognuna delle Aziende per le quali è stata attivata ex novo la gestione centralizzata delle agende è stata la seguente:

Riunione preliminare informativa e di raccordo presso l'Azienda di riferimento con tutti i soggetti coinvolti nella gestione del I° livello dello screening; condivisione degli step metodologici e delle necessità informative reciproche;

Acquisizione delle informazioni dalle Aziende (calendari di apertura degli ambulatori, orari e intervallo temporale tra un esame e l'altro);

Predisposizione delle agende in configuratore SISR, coordinamento con INSIEL per spedizione degli inviti e generazione delle agende stesse con visibilità in CUPWEB.

Nel corso del 2016 Egas ha effettuato un intervento formativo agli operatori del call center adibiti dall'aggiudicatario (Televita) alla risposta telefonica al numero verde dedicato agli screening.

Egas ha garantito per tutto il 2016 un supporto organizzativo alla segreteria dello screening di Udine per superare le criticità locali relative al I° livello ed alla relativa organizzazione interna.

SCREENING COLON-RETTO

Egas ha provveduto alle necessità organizzative, in particolare per quanto riguarda i rapporti con la Direzione Centrale Salute, per la definizione del capitolato per la gara per i FOB, a seguito di scadenza della gara precedentemente in essere.

Egas ha mantenuto l'attività di approvvigionamento dei FOB ed il monitoraggio delle scorte del relativo materiale in utilizzo.

Egas ha partecipato alle riunioni regionali dei Gastroenterologi per la definizione di un consensus sulle modalità di preparazione dei pazienti che dovessero accedere al II° livello dello screening (colonscopia), con la definizione delle linee guida condivise.

Egas ha, a Trieste, partecipato ad alcune riunioni relative alla nuova organizzazione del percorso regionale dello screening in concomitanza con l'attivazione del laboratorio unico, per questa attività, a San Daniele del Friuli e per la definizione del processo garantita dalle Farmacie territoriali.

HPV TEST

Nelle more della definizione regionale, da parte della Direzione Centrale Salute, delle modalità da adottare per la transizione quale test primario di screening dal PAP test all'HPV-DNA test, è stata garantita la continuità della modalità in essere. A tal fine è stata indetta una gara per l'affidamento in service di un sistema diagnostico per la determinazione della presenza di genotipi di HPV ad alto rischio con fornitura del materiale dedicato. Egas ha garantito le relazioni con la

Direzione Centrale Salute per la revisione tecnica del capitolato e per l'individuazione dei componenti la Commissione giudicatrice. La gara è stata effettuata.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Ingegneria clinica

Obiettivo aziendale

Ingegneria clinica

Risultato atteso

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 AOUS 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. Per la parte relativa all'integrazione delle potenzialità operative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici ed in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi operativi ospedalieri (p.c), l'attività aziendale è condizionata dalle richieste degli altri enti del SSR che al momento non hanno

	ancora formalizzato alcuna indicazione.
Attuazione al 31.12.2016	
<p>a) Nel corso del 2016 si è completata l'estensione del sistema PACS regionale in ostetricia e ginecologia con l'attivazione dei profili di integrazione presso i siti di Gorizia e Monfalcone per l'AAS2 e il sito di S. Daniele dell'AAS3. Sempre nel corso del 2016 si è proseguito con l'estensione del PACS regionale nel settore dell'Endoscopia digestiva attivando il caso d'uso presso il servizio di Endoscopia digestiva dell'ospedale di Pordenone dell'AAS5.</p> <p>b) Nel corso del 2016 si è sviluppato e portato a regime di sperimentazione presso il Pronto Soccorso e il servizio di Radiologia di Tolmezzo con il ruolo di SPOKE e il servizio di Neurochirurgia dell'ASUIUD con il ruolo di HUB, il caso d'uso della disponibilità e visibilità delle immagini PACS in regime di emergenza interaziendale.</p> <p>d) Entro il 2016 si è completato il percorso di integrazione del sistema PACS ASUITS nell'impianto PACS regionale, la cui piena attivazione è stata spostata agli inizi del 2017 per ragioni di carattere organizzativo interne all'ASUITS.</p> <p>e) Da una prima analisi sui possibili scenari evolutivi del sistema PACS regionale, la Direzione centrale salute ha recepito e autorizzato la determinazione formale di una scadenza unica del contratto di fornitura in essere con EBIT. Nel corso della seconda metà del 2016 si è quindi proceduto al perfezionamento dell'accordo di riallineamento dei servizi verso un'unica data di scadenza fissata per il 31.12.2018, accettando nel contempo la proposta di EBIT di procedere a un parziale intervento di rinnovo tecnologico limitato ai siti principali del sistema regionale. Nel corso del 2016, inoltre, a seguito di una specifica richiesta della Direzione centrale della salute, si è avviato, con il coinvolgimento del fornitore EBIT e di INSIEL, un percorso di confronto e di progettazione di uno scenario evolutivo del sistema PACS regionale per consentire la redazione di un referto multimediale. Nel dicembre 2016 il percorso si è completato con la messa a regime del nuovo caso d'uso presso i servizi di Emodinamica dell'AAS5 e dell'ASUIUD.</p>	
Motivazioni scostamento risultato atteso	
<p>c) Come già precisato nel risultato atteso, l'attività di Egas in relazione all'integrazione delle potenzialità operative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici ed in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi operativi ospedalieri è condizionata dalle eventuali richieste ed indicazioni da parte delle Aziende del SSR, che per il 2016 non hanno formalizzato alcuna richiesta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Gestione amministrativa delle attività a beneficio sovra aziendale per conto della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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
Attuazione al 31.12.2016	
Egas ha garantito lo svolgimento delle procedure amministrativo-finanziarie relative al rimborso alle associazioni dei diabetici per l'attività di educazione sanitaria e alle campagne di informazione dei donatori di sangue, in attuazione alle specifiche autorizzazioni regionali (vedi DTR 326 e 435/2016 e 152/2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Provider ECM	
Obiettivo aziendale Provider ECM	Risultato atteso 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. I termini di redazione del piano formativo di EGAS derivano dal documento di piano formativo regionale il cui ultimo aggiornamento è pervenuto il 20/04/2016
Attuazione al 31.12.2016	
<p>Il Piano Formativo 2016 è stato predisposto e progressivamente implementato sulla base delle Linee di gestione del Piano Regionale della Formazione, con particolare riferimento al percorso formativo propedeutico all'avvio della centrale operativa 118 regionale, all'aggiornamento dei RLS delle aziende del SSR e – nella prima parte dell'anno – all'area tecnico amministrativa in materia di nuovo codice degli appalti.</p> <p>Per l'area infermieristica è stato realizzato il progetto formativo regionale "Etica della cura e human caring nella professione infermieristica" in 14 edizioni nelle varie aziende regionali e con un convegno finale di chiusura il 5.12.2016.</p> <p>Il Comitato scientifico del provider ECM Egas ha preso atto dell'attività formativa realizzata nella seduta del 29.3.2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Comitato Etico Regionale Unico (CERU)	
Obiettivo aziendale Comitato Etico Regionale Unico (CERU)	Risultato atteso 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.

Attuazione al 31.12.2016

Per tutto il 2016 è stata garantita l'attività dei componenti del CERU per n. 2 sedute mensili, come da verbali agli atti e la relativa attività istruttoria (verifica documentale degli studi e predisposizione atti istruttori).

Nell'ambito della revisione attuata dalla Regione (cfr. delibera GR n. 73 del 22.1.2016, decreto DCS n° 414/SPS del 31.3.2016) - recepita da EGAS con decreto n. 31 del 26.4.2016 " DGR N. 73 DEL 22.01.2016 - Costituzione Comitato Etico Unico Regionale", decreto n. 90 del 6.9.2016 "Recepimento regolamento del Comitato Etico Unico Regionale della Regione FVG", decreto n. 131 del 5.12.2016 "Recepimento modifica art.6 del regolamento del Comitato Etico Unico Regionale della Regione FVG" - sono state garantite le attività di supporto per la riorganizzazione della segreteria tecnico-scientifica, in coordinamento con l'IRCCS CRO di Aviano, come da convenzione di cui al decreto n. 70 del 28.7.2016

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Concorsi centralizzati per il comparto

Obiettivo aziendale

Concorsi centralizzati per il comparto

Risultato atteso

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 sede di Comitato di Indirizzo sono state modificate le priorità, sostituendo i concorsi per tecnico di radiologia e di laboratorio, con i concorsi di ostetrica (convenzione del 24/03/2016) e di assistente amministrativo (data 26/05/2016). 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.

Attuazione al 31.12.2016

Nel corso del 2016 sono state approvate la graduatoria riferita al concorso di infermiere con decreto DG ff nr. 66 del 27.07.2016 e la graduatoria riferita al concorso di OSS con decreto DG ff nr. 101 del 28.9.2016. In conseguenza sono stati assegnati i vincitori alle aziende richiedenti ed avviato lo scorrimento delle relative graduatorie.

Con decreto CS nr. 130 del 5.12.2016 si è provveduto ad approvare il bando di concorso per nr. 8 posti di assistente amministrativo, cat. C). Le prove preselettive sono previste nelle giornate del 13 e 14 giugno 2017.

Con decreto CS nr. 132 del 5.12.2016 si è provveduto, altresì, ad approvare il bando di concorso per nr. 40 posti di CPS Ostetrica cat. D). Le prove preselettive previste nei giorni del 23 e 24

maggio 2017.

Per entrambe le procedure bandite entro il 31.12.2016 è prevista la presentazione delle domande di partecipazione on line, utilizzando specifico sistema informatico, previ accordi con l'ASUI UD titolare della licenza.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Provveditorato unico

Obiettivo aziendale

Provveditorato unico

Risultato atteso

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.

Attuazione al 31.12.2016

Con decreto CS nr. 100 del 27.09.2016 si è provveduto ad attivare il provveditorato unico per AAS3 e ASUI UD, con decorrenza 30.09.2016. L'attivazione ha comportato l'adeguamento dell'organico di EGAS che è stato incrementato di 23 unità di cui 15 trasferite da ASUI UD e 8 unità equivalenti assegnate da AAS3.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Funzioni stipendi e previdenza

Obiettivo aziendale

Funzioni stipendi e previdenza

Risultato atteso

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

Attuazione al 31.12.2016

Il progetto contenente gli elementi informativi richiesti è stato presentato al Comitato di Indirizzo in data 22/09/2016, così come risultate dal verbale nr. 12 del Comitato stesso. Nel corso dell'ultimo trimestre hanno avuto luogo gli incontri operativi tra il personale coinvolto. Parte della progettualità ha avuto già avvio con la gestione economica in capo ad EGAS del personale ex Medio Friuli e di parte della medicina convenzionata esterna ASUI UD.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Centrale operativa unica regionale dei trasporti secondari (obiettivo aggiornato con DGR 2186 del 18.11.2016)	
Obiettivo aziendale Centrale operativa unica regionale dei trasporti secondari (obiettivo aggiornato con DGR 2186 del 18.11.2016)	Risultato atteso EGAS dovrà predisporre un'ipotesi operativa per l'implementazione e la gestione della centrale operativa unica regionale dei trasporti secondari entro il 31.12 da sottoporre alla valutazione del Comitato di Indirizzo.
Attuazione al 31.12.2016 Nessuna ipotesi	
Motivazioni scostamento risultato atteso La Direzione Centrale ha in corso una analisi dei dati dalla quale verrà scelto il modello organizzativo da adottare.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

Sito internet	
Obiettivo aziendale Sito internet	Risultato atteso 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.
Attuazione al 31.12.2016 Sono state pianificate le attività necessarie alla pubblicazione del nuovo portale web Egas minimizzando i disservizi e cercando di fornire la massima continuità operativa possibile. Sono state armonizzate le comunicazioni tra gli stakeholder coinvolti: i referenti delle singole strutture dell'Egas, l'Insiel (per la parte dell'hosting) e la ditta preposta allo sviluppo del nuovo portale. In data 11/07/2016 il personale Egas preposto alla pubblicazione dei contenuti ed afferente alle diverse strutture aziendali ha sospeso le attività di inserimento sul sito di test per permettere la migrazione dello stesso sul sito di produzione. In data 13/07/2016 il nuovo portale Egas è stato messo on-line ed è stato re-indirizzato come sito istituzionale di riferimento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Piano emergenza urgenza (aggiornato con DGR 391/2016 e DGR 2186/2016)	
Obiettivo aziendale Piano emergenza urgenza (aggiornato con DGR 391/2016 e DGR 2186/2016)	Risultato atteso Il Piano regionale dell'Emergenza Urgenza prevede che la Centrale Operativa 118, con sede operativa a Palmanova, sia strutturalmente incardinata presso EGAS. Dovranno essere poste in essere tutte le azioni propedeutiche necessarie all'avviamento da parte di EGAS della C.O. 118 secondo quanto previsto dalla D.G.R. 391/2016 (obiettivi di patto).
Attuazione al 31.12.2016 EGAS ha svolto le procedure per l'assunzione del Direttore della CO, del personale medico e quello infermieristico. Il Direttore ed il coordinatore infermieristico hanno preso servizio nel mese di Novembre. Dal punto di vista strutturale EGAS ha proceduto all'acquisto di tutti gli arredi necessari al completamento della sala e ha collaborato con l'ingegneria clinica nella verifica dell'avanzamento dei lavori da parte di Insiel per quanto riguarda il nuovo sistema radio regionale ed il sistema di telefonia. La struttura formazione di EGAS ha inoltre gestito tutti i corsi per il personale in assunzione (sistema radio, telefono, CUS e dispatch) per un totale di circa 50 giornate d'aula.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Piano sangue (aggiornato con DGR 2186/2016)	
Obiettivo aziendale Piano sangue (aggiornato con DGR 2186/2016)	Risultato atteso Prosegue la gestione amministrativa unificata dei rimborsi alle associazioni dei donatori di sangue.
Attuazione al 31.12.2016 Egas ha provveduto alla revisione dei processi interni ed esterni al fine di migliorare i tempi di pagamento, in particolare procedendo al sollecito ed alla sensibilizzazione dei diversi referenti delle ASR sull'importanza della tempestiva raccolta dei dati sulle donazioni presso i centri di raccolta territoriali. Nel corso del 2° semestre 2016 la tempistica dei rimborsi è stata ricondotta ai 60 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento, così come previsto dalle convenzioni in vigore dal 01.01.2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Assistenza farmaceutica	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Assistenza farmaceutica</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2016</p> <p>La Farmacia centralizzata per l'anno 2016 ha garantito le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) a supporto delle Aziende nell'individuazione dei farmaci aggiudicati a livello centralizzato, invio con cadenza mensile al Servizio Farmaceutico Regionale ed ai Referenti Aziendali della DPC un file aggiornato con i farmaci prescrivibili a seguito della aggiudicazioni di gare Egas. 2) collaborazione, per quanto di competenza, per il miglioramento della procedura del ristoro delle somme spettanti alle Aziende, quale compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche. 3) segnalazione all'Ufficio Gare i farmaci biosimilari o equivalenti non appena ricevuta l'AIC 	

(autorizzazione all'immissione in commercio) a seguito della scadenza brevettuale dei farmaci aggiudicati, al fine di attivare tempestivamente le procedure amministrative previste.

4) assicurazione della disponibilità dei farmaci nei tempi minimi necessari al rilancio delle procedure di gara. Tale attività viene svolta sia per i farmaci distribuiti dal Magazzino alle Aziende SSR, sia per i farmaci della DPC destinati alla distribuzione sul territorio.

5) corretta gestione di farmaci e Dispositivi Medici all'interno del Magazzino nel rispetto delle normative vigenti relative alla conservazione, distribuzione e vigilanza.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Garantire la continuità dell'attività nella riorganizzazione gestionale conseguente alla fusione per incorporazione di AOUUD in ASUIUD, con conseguente autonomizzazione di EGAS

Obiettivo aziendale

Garantire la continuità dell'attività nella riorganizzazione gestionale conseguente alla fusione per incorporazione di AOUUD in ASUIUD, con conseguente autonomizzazione di EGAS

Risultato atteso

Attuazione processo di autonomizzazione di EGAS, con conseguente revisione processi, definizione iter procedurali e organizzativi e redazione regolamenti; contestuale processo di condivisione e passaggio di consegne delle funzioni a ASUIUD nel rispetto e nella garanzia della continuità funzionale di entrambi gli enti.

Attuazione al 31.12.2016

Nel corso del 2016 sono stati adottati i seguenti atti regolamentari e provvedimenti al fine della progressiva autonomizzazione dell'Ente:

- GEF: Regolamento gestione incassi: adottato con decreto n.88 del 30.8.2016, Regolamento gestione pagamenti: adottato con decreto n.88 del 30.8.2016, Regolamento per la gestione del servizio di cassa economale: adottato con decreto n. 86 del 30.08.2016

- PROVVEDITORATO: Regolamento acquisti sotto soglia – nota prot.n.29904 del 28.12.2016 con la definizione delle fasi e la condivisione delle banche dati aziendali (CIG, DURC, Scheda Fornitore, Privacy, Patto d'Integrità, Tracciabilità Passo e, Certificati Antimafia, ecc), Regolamento gestione automezzi: elaborata proposta di regolamento, in fase di esame e revisione come da corrispondenza agli atti.

- AFFARI GENERALI: Regolamento accesso agli atti: approvato con decreto n.60 del 28.6.2016, Regolamento incarichi art. 53 D.lgs 165/01: elaborata proposta di regolamento in fase di esame e revisione come da corrispondenza agli atti.

- PERSONALE: Regolamento 150 ore: approvato con decreto n. 117 del 28.10.2016, Regolamento mensa: approvato con decreto n. 122 dell'11.11.2016, Regolamento trattamento missione: elaborata proposta di regolamento in fase di esame e revisione come da corrispondenza agli atti. Regolamento sponsorizzazioni: approvato con decreto n. 92 dell'8.9.2016.

- S.C. GARE CENTRALIZZATE: Regolamento attività ufficio gare: nota prot.n. 29884 del 28.12.2016

- CEUR: adozione regolamento funzionamento C.E.U.R.: decreti n. 90 del 6.9.2016 e n. 131 del 5.12.2016

E' stato garantito il passaggio di consegne e la continuità di alcune attività nei confronti di

ASUIUD, in particolare per l'area del Personale, al fine di non pregiudicare la funzionalità operativa dell'Azienda.

Inoltre, con decreto n. 135 del 5.12.2016 e decreto n. 100 del 27.9.2016 è stata approvata una procedura comune funzionale ad un'efficace integrazione dei processi di approvvigionamento dei beni e servizi.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

INVESTIMENTI**RIACCERTAMENTO ORDINARIO RESIDUI**

Ente	Descrizione	Totale finanziato 2016		Esigibilità 2016
EGAS	Altri interventi	25.000,00	85.000,00	84.987,96
	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	60.000,00		

Ente	Descrizione	Totale finanziato	Liquidato	da liquidare	Esigibilità 2016
EGAS	RILIEVO AZIENDALE 2015	15.000,00	-	15.000,00	-
	RILIEVO REGIONALE 2015	350.000,00	-	350.000,00	-
		365.000,00	-	365.000,00	-

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE